141

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 19 janvier 1905, à 1 heure

Par **Marcel CHAUFTON**

DE LA

TUBERCULOSE ANNEXIELLE

Président : M. POIRIER, *professeur*

Juges : MM. POUCHET et BUDIN, *professeurs.*
VAQUEZ, *agrégé.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
A. MALOINE, ÉDITEUR
25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27
1905

6571

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	N...
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	D'ARCY.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON CHER MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR TAPRET

Médecin de l'Hôpital Lariboisière.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POIRIER

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière.

A MES PREMIERS MAÎTRES

MONSIEUR LE DOCTEUR MILLARD

Médecin des Hôpitaux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPLAY

Membre de l'Académie de Médecine.

A LA MÉMOIRE DE MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GÉRARD-MARCHANT

Chirurgien de l'Hôpital Boucicaut.

A MES MAÎTRES

MONSIEUR LE DOCTEUR REGNARD

Membre de l'Académie de Médecine.

MONSIEUR LE DOCTEUR BROCQ

Médecin de l'Hôpital Broca.

MONSIEUR LE DOCTEUR GUINARD

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR FERNET

Professeur agrégé, médecin des Hôpitaux.
Membre de l'Académie de Médecine.

MONSIEUR LE DOCTEUR TUFFIER

Professeur agrégé, chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

MONSIEUR LE DOCTEUR J.-L. FAURE

Professeur agrégé, chirurgien de l'Hôpital Trousseau.

INTRODUCTION

Dans le service de notre maître, M. le professeur Poirier, à l'hôpital Lariboisière, nous avons eu l'occasion d'observer un cas très intéressant de tuberculose annexielle. Cette observation fut pour nous l'occasion d'étudier la tuberculose des organes génitaux de la femme et spécialement celle des annexes ; nous nous sommes décidé à en faire le sujet de notre dissertation inaugurale.

Voici le cas qui constitue le point de départ de notre travail. Une jeune fille de 19 ans se plaint de douleurs au bas-ventre et de leucorrhée. Sans antécédents héréditaires, ses antécédents pathologiques personnels sont nuls jusqu'à l'âge de onze ans. A cet âge, la menstruation s'établit laborieusement, l'enfant a des pertes blanches abondantes ; elles n'ont pas cessé pendant toute son adolescence et elles ont augmenté il y a un an à l'époque d'une grossesse qu'elle a conduit, sans incident, à terme. Après l'accouchement, les pertes sont devenues jaunes, épaisses, empesant le linge. Il y a six mois, les règles qui étaient toujours irrégulières se sont arrêtées ; depuis cette époque, elles n'ont pas reparu. De plus, il y a cinq mois, elle a fait une crise de pelvi-

péritonite et est restée alitée six semaines ; depuis cette époque, les douleurs se sont précisées du côté des annexes gauches, puis à droite, enfin dans tout le bas-ventre avec irradiations pelviennes, crurales et lombaires. L'état général est resté bon. L'examen permet de reconnaître une grosse masse annexielle droite prolabée dans le Douglas et repoussant le col utérin, qui est considérablement remonté vers la symphyse. Vers la gauche, masse plus petite. Laparotomie. On trouve deux très grosses salpingites, celle de droite plus volumineuse. Adhérences molles, plus épaisses sur le rectum. Hystérectomie subtotale. Drainage. La malade a été revue guérie. L'examen des deux poches salpingiennes a montré deux pyosalpinx, remplis d'un pus clair, verdâtre, qui a été reconnu de nature tuberculeuse.

La tuberculose annexielle est étudiée aujourd'hui dans la plupart des ouvrages de Gynécologie et de Chirurgie classiques. Son histoire qui se confond avec celle de la tuberculose génitale de la femme, dont elle constitue la plus grosse part, commence dans la première moitié du siècle dernier : elle est extrêmement riche en faits et d'autant plus riche qu'on se rapproche davantage de l'époque contemporaine. On comprend qu'aux documents anciens, purement anatomiques, se soient ajoutés depuis la période moderne de nombreux documents opératoires, concernant surtout les formes anatomo-cliniques et le traitement.

On trouve, mentionnés dans Morgagni (1744), des faits de tuberculose de la trompe et de l'ovaire. Il faut

cependant arriver à Louis (1825), Reynaud (1831), Duparque (1832), Seymour (1832), Boivin et Dugès (1833), Nivet (1836), Cruveilhier (1836), With-Geil (1850), Kiwisch (1850), Dufour (1854), Hutchinson (1857), Bianco Giuseppe (1860), Siredey (1860), Bernutz (1861), Crocq (1860), Aran (1860), Pillaud (1861), Brouardel (1865). La thèse de Brouardel marque une étape importante, car elle constitue le premier travail d'ensemble sur cette question.

Depuis cette époque, Pelvet (1865), Giraud (1868), Lepine (1873), Virchow, Rokitansky, Courty (1873), Lebert (1873), Gallard (1873), Liouville (1873), Talamon (1878), notre maître Tapret (1878), Churchill (1878), Olshausen (1878), Cayla (1880), Verneuil (1880), Fernet (1884), continuent à divers points de vue l'étude du sujet. Il faut surtout retenir le travail de Verneuil et la communication de Fernet à la Société Médicale des hôpitaux.

Une date plus importante encore dans l'étude de la tuberculose annexielle est celle du mémoire de Hégar qui date de 1886, il marque l'entrée dans la période opératoire.

Depuis lors, les travaux se multiplient dans tous les pays. Citons : Spaeth (1886), Cornil et Terrillon (1887), Cornil et Dobroklonski (1888), Terrillon (1889). Le congrès de chirurgie de 1889 à Paris étudie cette question et de nombreux orateurs prennent part à la discussion. Pour ne pas établir une nomenclature faisant double emploi avec la bibliographie qui mentionnera nos références, nous nous bornerons à citer ici les

principaux travaux modernes sur la question, dont les auteurs sont : Acconci, Alban Dovan, Aldibert, Altherthum, Beauvignon, Bernheim, Bouilly, Cazeneuve, Delagénière, notre maître Duplay, Faivre, Guillemain, Hégar, Le Dentu, Legueu, de Massia, Maurange, Nélaton, Riche, notre maître Tuffier, Pichevin, Pozzi, Routier, etc. Les références des observations choisies compléteraient cette liste. Il faudrait encore y ajouter les nombreuses thèses et dissertations inaugurales françaises et étrangères, particulièrement nombreuses en France et en Allemagne et dont nous citons un certain nombre. Il est impossible de ne pas indiquer aussi les belles figures qui ont été données par Kelly et que l'on retrouve aujourd'hui dans tous les travaux classiques.

Les travaux très récents qui ont établi la question d'une façon complète sont en première ligne les rapports du congrès de Rome en 1902. Ces rapports sont dus à Martin (de Greifswald) à Amann (de Munich), à Veit (de Leyde) à notre maître J.-L. Faure. D'autre part il faut citer parmi les travaux récents très importants : la Revue générale de Hartz (de Carlsruhe) dans le numéro de septembre (1902) du *Monatschrift für Geburtshulfe und Gynœkologie* et la monographie de Wolff; en France ce sont, entre autres, les Thèses de deux élèves de Bouilly : Gorowitz et Leuret; en Amérique un travail de Cullen (de Baltimore) publié dans le *Canada Lancet*.

C'est à ces sources que nous avons puisé les renseignements nécessaires pour écrire l'histoire de la tuberculose annexielle, telle qu'on peut la concevoir aujour-

d'hui. Nous avons pris pour base un certain nombre d'observations que nous avons choisies parmi les plus instructives, et de façon à former, par leur groupement et leur ensemble, un tableau aussi fidèle que possible de la tuberculose des annexes de l'utérus.

ETIOLOGIE

Dans l'histoire de la tuberculose annexielle, la notion de fréquence a une très grande importance. En effet les annexites tuberculeuses sont avant tout intéressantes par la comparaison avec les autres annexites ; c'est là un point que la plupart des auteurs se sont attachés à étudier avec soin. Or, lorsqu'on collationne les statistiques fort nombreuses qui ont été publiées, on voit que la plupart des auteurs ont compliqué cette question étiologique d'une notion pathogénique, en cherchant en même temps à établir la fréquence des tuberculoses génitales primitives et des tuberculoses génitales secondaires. Pour bien interpréter les données des statistiques, cherchons donc d'abord à résoudre cette question préalable, afin de n'être pas arrêté à chaque instant par la considération, très importante mais spéciale, de la tuberculose génitale primitive et de la tuberculose génitale secondaire.

D'une façon générale, on peut dire qu'on entend par tuberculoses génitales primitives, les cas dans lesquels le bacille de Koch a frappé en premier lieu — ou bien uniquement — les voies génitales. Inversement, sont

dites tuberculoses génitales secondaires, les cas dans lesquels l'agent infectieux a frappé en premier lieu un autre organe, pour n'envahir que secondairement les voies génitales. Si maintenant on se reporte aux observations publiées, on s'aperçoit que les divers auteurs ont appliqué ce principe, de façons très différentes et que, en particulier, bon nombre de cas de tuberculoses génitales étiquetées primitives sont tout à fait discutables. Or ces cas sont évidemment les faits les plus intéressants. Veit a longuement insisté sur l'importance qu'il y aurait à soumettre à une critique très sévère la plupart des observations de tuberculose génitale primitive. Ce n'est point toujours chose facile, c'est quelquefois chose impossible, c'est la plupart du temps un travail stérile et ne comportant pas d'autre part des conclusions de première importance. C'est ce que nous allons essayer de montrer.

Que faut-il pour affirmer qu'une tuberculose génitale est primitive ? Comme l'a bien remarqué Veit il faut d'abord des conditions anatomiques, accessoirement on pourra s'appuyer sur des preuves cliniques.

Les conditions anatomiques sont contenues dans cette proposition générale, d'où on pourrait tirer de nombreux corollaires : il faut qu'il n'existe pas d'autre lésion tuberculeuse dans l'organisme. Remarquons d'abord qu'un sujet ayant une tuberculose viscérale quelconque pourrait bien *à priori* s'inoculer à nouveau du côté des voies génitales. Mais, sans nous attarder à ces subtilités, hâtons-nous de dire que cette vérification ne peut être faite que d'une façon tout à fait

incomplète et qu'elle ne nous donne qu'une certitude approchée. Dans l'autopsie la plus soigneuse, la plus minutieuse, peut-on affirmer qu'on a fouillé tous les organes et qu'on n'a point laissé passer un foyer tuberculeux viscéral, minime ou très caché, ou encore un foyer guéri? Nous ne le pensons pas. Nous croyons que Veit, que Martin et nombre d'autres auteurs, ont eu grandement raison d'insister sur la difficulté extrême où l'on est, d'affirmer la tuberculose génitale primitive, et isolée. Certes dans beaucoup de cas où l'on avait soupçonné la tuberculose génitale primitive, on voit qu'un foyer pulmonaire, ganglionnaire, intestinal, fut trouvé, qui obligea la modification du diagnostic; mais les vérifications négatives ne sauraient entraîner la conviction. Qui donc oserait affirmer avoir vérifié tous les ganglions ? Qui donc pourrait assurer qu'il n'y a pas eu, en un point quelconque du tégument externe ou du tégument interne, un point d'inoculation inaperçu ou guéri? Nous ne saurions tenir compte, bien entendu, des observations où nous lisons qu'à côté d'une tuberculose génitale il existait d'autres tuberculoses, mais que la tuberculose génitale — pour une raison quelconque — a été tenue pour primitive; ce sont là de pures inductions. Nous verrons du reste qu'on ne doit admettre les tuberculoses génitales primitives qu'avec les plus extrêmes réserves, ne fut-ce qu'en raison de la rareté de l'infection par voie ascendante. Ces considérations trouveront leur place à la pathogénie.

Les preuves cliniques qui nous permettraient d'affir-

mer une tuberculose génitale primitive sont bien précaires ; sur le cadavre nous ne pouvons rien dire, sur le vivant quelles assurances pourrions-nous avoir ? D'une part on ne peut guère faire cliniquement le bilan rigoureux d'un malade ; quelquefois de grosses lésions même, évoluant de façon torpide, sont méconnues, à plus forte raison des lésions minimes pouvant être les véritables lésions initiales. D'autre part, affirmer qu'une tuberculose génitale était primitive parce qu'elle était plus étendue que telle autre tuberculose concomitante est une affirmation gratuite. Enfin, tirer de la guérison d'une tuberculose génitale opérée et de l'absence ultérieure de toute autre tuberculose locale un argument en faveur d'une lésion primitive ne paraît pas légitime. Comme le dit Veit, qui voudrait conclure à la nature primitive de la tuberculose péritonéale de ce fait qu'elle guérit après une laparotomie ? Il en est de même quand il s'agit de la tuberculose génitale et, on peut le dire, d'un grand nombre de tuberculoses locales.

Nous pouvons tirer une conclusion de ce qui précède, en disant que nous ne saurions jamais affirmer l'existence d'une tuberculose génitale primitive ; mais en pareille matière les seules hypothèses acceptables et d'une approximation suffisante sont celles qui sont basées sur des examens anatomo-pathologiques complets. Il ne faut pas chercher dans les cas que nous observons des faits d'exception ; il faut savoir, particulièrement en clinique, et avouer, que nous ne faisons le bilan d'un malade que d'une façon approchée.

Au lieu de chercher si la tuberculose génitale observée est primitive, il sera bien mieux de s'assurer si elle est isolée, au sens clinique du mot, car ce point de vue sera des plus utiles quant au pronostic et au traitement.

On ne saurait apporter de meilleure preuve et de meilleure démonstration de ce qui vient d'être dit, que la comparaison même des diverses statistiques qui ont été publiées sur la fréquence absolue et comparée des tuberculoses génitales primitives et des tuberculoses génitales secondaires.

Nœgeli, de l'Institut anatomo-pathologique de Ribbert à Zurich, écrit que sur 164 autopsies faites avant 1896 sans recherche spéciale des lésions tuberculeuses, on les trouve dans 40 pour 100 des cas. La tuberculose étant systématiquement recherchée, depuis 1896, la proportion monte à 97 pour 100 chez les adultes. Si bien que pour Nœgeli on peut dire que tout individu adulte est tuberculeux, avec 15 à 30 pour 100 de décès dus à la tuberculose elle-même. Remarquons que toujours Nœgeli admet l'origine respiratoire, donc les lésions des poumons et des ganglions ; il est vrai que Lubarsche déclare avoir trouvé dans 3 à 4 pour 100 des cas l'origine digestive. Quoi qu'il en soit, il devient dès lors logique d'admettre que toutes les tuberculoses génitales, ou autres, sont secondaires ou bien se produisent par réinoculation chez des tuberculeux, guéris ou non de leur première lésion. La tuberculose génitale est signalée 2 fois sur 100. Martin pense que plus de 2 pour 100 des affections génitales de la femme sont

de nature tuberculeuse. Williams donnait la proportion de 7,7 pour 100. Posner sur 100 tuberculoses locales trouve 30 tuberculoses génitales. Stolper donne le chiffre de 20 pour 100. Schwamm ne l'a vue qu'une fois sur 34. La statistique récente que Veit a communiquée de la part de von Hansemann, donne sur 7000 autopsies 450 cas de tuberculoses chez la femme dont 18 de tuberculose génitale ; ce qui dans la tuberculose fixe la localisation génitale à 4 pour 100. Il est vrai que, recherchant spécialement les tuberculoses depuis 18 mois, von Hansemann voit monter le pourcentage de la tuberculose en général et celui de la tuberculose génitale, laquelle monte à 5,4 pour 100. Pour Winckel la tuberculose génitale existe dans 7 pour 100 des autopsies, dans 4 pour 100 pour Edebohls, dans 2 pour 100 d'après Senn. Kelly fixe le chiffre de la tuberculose génitale à 1,5 pour 100. Schramm, à Dresde, sur 3386 autopsies l'a rencontrée dans 5 pour 100 des cas de tuberculose.

On voit que, en ce qui concerne la fréquence absolue de la tuberculose génitale, les chiffres diffèrent profondément avec les auteurs. Toutefois il est à remarquer que depuis que cette question est à l'étude, depuis qu'on recherche plus régulièrement la tuberculose génitale, on la trouve plus souvent. Tous les travaux récents sont unanimes à reconnaître qu'elle est très fréquente et même plus fréquente qu'on ne le croyait. C'est bien la notion à retenir. Nous pouvons y ajouter que, chez l'homme, 3 pour 100 des affections tuberculeuses intéressent les organes génitaux, chez la

femme la proportion s'élève à près de 20 pour 100.

Mais où l'accord ne se fait plus du tout, c'est en ce qui concerne la fréquence comparée des tuberculoses primitives et secondaires, ou du moins rangées sous ces deux rubriques. Sur ce point les statistiques ne nous apprennent vraiment rien et Faure dit avec raison qu'elles sont toujours fausses, inutiles et décevantes.

Voici en effet Schramm qui déclare avoir trouvé 2 fois sur 100 la tuberculose génitale primitive, Mosler l'a rencontrée 19 fois sur 100, Spaeth 24 fois sur 100, Williams la déclare très fréquente sans fixer les chiffres. La tuberculose secondaire est au contraire rencontrée 18,5 fois pour 100 par Turner, 20,5 fois pour 100 par Stolper. Si nous consultons les travaux classiques français, nous voyons que la tuberculose génitale est probable d'après Pozzi, qu'elle est rare pour Reclus, de Sinéty, Segond, Jacob. En revanche Merletti de Parme sur 6000 autopsies a rencontré 1360 fois la tuberculose comme cause de décès dont 206 fois la tuberculose génitale. Celle-ci, dans 12,6 pour 100 des cas chez la femme ; or dans 18,6 pour 100 des cas cette tuberculose génitale aurait été primitive. Orthmam donne 18 pour 100 des cas comme étant primitifs. Frerichs donne le chiffre de 6 pour 100. Menge déclare que le chiffre de 18 pour 100 d'Orthmam est insuffisant.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que de la tuberculose génitale en général ; cette étude était nécessaire pour bien comprendre la fréquence de la tuberculose de la

trompe de l'ovaire ou d'une façon globale de la tuberculose annexielle qu'il nous reste à voir.

On s'accorde généralement à reconnaître que la tuberculose annexielle est de toutes les tuberculoses génitales de la femme la plus fréquente ; mais la plupart des auteurs établissent séparément les pourcentages d'une part pour la trompe, d'autre part pour l'ovaire ; certains, mais très rares, font les pourcentages pour la trompe et l'ovaire réunis. En réalité nous verrons que l'ovaire et la trompe sont presque toujours pris ensemble et que ceux-là sont dans la vérité qui étudient en bloc les annexites ; cela est vrai de la tuberculose comme des autres infections génitales. Mais pour comprendre les statistiques il faut bien considérer qu'un grand nombre d'auteurs étudiant soit la salpingite tuberculeuse soit l'ovarite tuberculeuse, ont fait état des mêmes observations où les deux organes étaient atteints.

La tuberculose de la trompe occupe le premier rang dans la fréquence des tuberculoses génitales, puis vient la tuberculose ovarienne, la tuberculose de l'utérus, celle du vagin, celle du col utérin et enfin celle de la vulve : c'est l'ordre inverse de la succession des voies génitales. Winckel sur 100 cas de tuberculose génitale trouve la tuberculose tubaire 50 fois, Spacth la rencontre 86 fois, Heiberg et Gemann de 70 à 80 fois. Vermeil sur 94 tuberculoses génitales de la femme trouve 51 salpingites, dont 19 fois isolées, 11 fois avec l'ovaire, 7 fois avec l'ovaire et l'utérus, 13 fois avec l'utérus seul, 1 fois avec le vagin. Cornil déclare

trouver une salpingite sur 60 autopsies de femmes phtisiques. Daurios sur 72 cas de tuberculose génitale trouve 64 salpingites dont 55 avec ovarite, et 19 avec tuberculose utérine. Sur les 119 cas de Spaeth, la trompe est prise 29 fois seule. Et comme la question des infections primitives réapparaît sans cesse dans ces statistiques, Ojem ann trouve dans 50 pour 100 des cas la tuberculose primitive ; Krzwicki donne 11 cas primitifs sur 14 ; Schramm donne 2 cas pour 30 et Mosler 7 cas pour 37. Merletti sur 172 tuberculoses génitales trouve 157 salpingites. Le chiffre de Martin est de 16 pour 100 des cas de tuberculose génitale. Veit, qui s'est donné la peine de classer tous les cas de tuberculose génitale acceptables comme cas primitifs, déclare que seulement 10 cas de salpingites tuberculeuses peuvent être considérées comme cas primitifs, soit 7 cas d'Orthmann, 2 de Everke, 1 de Turner. Veit s'élève contre la statistique de Margarucci qui prétend que 12 sur 100 des cas de salpingites tuberculeuses sont primitifs. A propos de cette statistique si sévère de Veit, nous pourrions nous demander si sont compris dans cette statistique les nombreux cas publiés en France, ceux du travail récent de Cullen de Baltimore, ceux de Kelly, ceux de l'important mémoire de Hartz de Carlsruhe et bien d'autres ; les cas publiés sont si nombreux à cette heure, qu'il nous semble qu'on ne peut plus se flatter d'en avoir fait complètement le recensement et la revision.

La tuberculose de l'ovaire aurait été observée d'après Wolff, dont la statistique date de 1897,145 fois. Gorowitz

déclare qu'il y en a 32 cas bien constatés et qu'ils sont exceptionnellement des cas primitifs. Car, ici encore, la question de l'infection primitive a beaucoup préoccupé les auteurs et ils en ont fait souvent la base de leurs statistiques. Schottlaender écrit, que sur 24 cas il y avait 7 fois salpingite et les autres fois péritonite tuberculeuse car l'ovarite tuberculeuse n'est jamais primitive. Orthmann partage cette opinion. Cullen, Gorowitz croient la tuberculose primitive très rare. Dans la statistique de Wolff trois cas seraient primitifs, celui de Jacobs, celui d'Edmunds et celui de Franqué. Guillemain rapporte 40 observations de tuberculose ovarienne dont 8 de tuberculoses isolées en tant que tuberculoses annexielles ; mais dans 13 cas seulement il y eut examen histologique confirmatif, indispensable d'après l'auteur. Or, sur ces 13 cas vérifiés, il y a deux cas : celui de Dalché et celui de Walther, où la tuberculose ovarienne est isolée en tant que tuberculose génitale. Cornil dit que la tuberculose ovarienne est très rare. Pozzi écrit qu'il n'y a que quelques faits de tuberculose ovarienne isolée et il cite Klob et Spencer Wells. Guillemain ajoute : « Elle est très rare malgré les affirmations anciennes de Louis et d'Aran renouvelées par Verneuil et par Terrillon.» Kundrat, en 1901, déclare avoir trouvé 4 fois la salpingite tuberculeuse sur 140 laparotomies mais il ne parle pas de l'ovaire. Munaret déclare qu'il connaît trois observations d'ovarites tuberculeuses, les cas de Walther, de Dalché et de Jacobs ; il conclut qu'il existe des salpingo-ovarites tuberculeuses primitives à début ovarien

mais rares. Amann dit qu'il existe des cas de Klebs Oppenheim et Spaeth, où la tuberculose ovarienne était l'unique localisation tuberculeuse dans les voies génitales. Merletti sur 172 tuberculoses génitales trouve 27 tuberculoses ovariennes. Martin accepte le chiffre de Wolff : 60 pour 100 des cas de tuberculose génitale, mais pour lui la preuve de la localisation primitive reste à faire. Dans le recensement de Veit, il est reconnu qu'il n'y a pas de cas de tuberculose primitive de l'ovaire bien prouvée.

Ces multiples statistiques de fréquence de la tuberculose tubaire ou ovarienne, avec les considérations ordinaires sur l'infection primitive ou secondaire, ne nous conduisent pas à une formule mathématique ; elles sont trop diverses et trop disparates. Comme pour la fréquence de la tuberculose génitale en général, nous retiendrons une formule d'une approximation suffisante en disant : de toutes les tuberculose génitales, la tuberculose annexielle est de beaucoup la plus fréquente et c'est ordinairement la trompe qui est atteinte, ou du moins qui présente les lésions principales dans ce qu'il faut appeler les annexites tuberculeuses.

La tuberculose annexielle reconnaît des causes éloignées qu'on pourrait jusqu'à un certain point dire causes prédisposantes et elle reconnaît d'autre part des causes immédiates, rapprochées, véritables causes occasionnelles de l'infection par le bacille de Koch, cause efficiente.

Les causes éloignées tiennent d'une part à l'âge, à l'hérédité, aux maladies antérieures, à certains états

anatomo-physiologiques comme par exemple l'aplasie ou l'hypoplasie artérielle, à l'hygiène génitale et aux conditions sociales ; c'est en quelque sorte la part du terrain.

Les causes immédiates tiennent au milieu extérieur et aux diverses circonstances dans lesquelles le contage est rendu possible. Nous les passerons rapidement en revue car ceci ne semble pas être un point essentiel dans la tuberculose annexielle ; c'est un chapitre presque commun à l'histoire de toutes les annexites et à l'histoire de toutes les tuberculoses locales ; aussi n'en retiendrons-nous que ce qui a trait spécialement à la question.

L'âge de la tuberculose annexielle est l'âge de la vie sexuelle, de la puberté à la ménopause, soit spécialement de 20 à 40 ans. La tuberculose se localise au bassin chez la femme adulte, comme chez les jeunes sujets elle se localise à l'épiphyse osseuse, toujours dans une région hyperhémiée. Segond remarque que le bacille de Koch chez les vierges trouve un terrain propice à sa pullulation sur des trompes enflammées, congestionnées par l'établissement de la fonction menstruelle. Cependant on l'observe fréquemment dans le jeune âge, Senn l'a rencontrée chez une enfant de 5 ans, Damaschino à 4 ans, Tordens à 3 ans, Constensoux chez une enfant de 1 an. On l'observe d'autre part au moment de la puberté et nous verrons que les nombreuses péritonites tuberculeuses des jeunes filles sont ordinairement d'origine génito-annexielle. A l'âge extrême de la vie on l'a aussi observée ; Quinquaud

en cite un cas à 74 ans, Gombault à 78 ans, Cornil à 84 ans. Baumgarten admet l'infection congénitale.

L'hérédité tuberculeuse dans les tuberculoses locales ne joue qu'un rôle assez effacé : modification du terrain, aptitude à contracter les infections et spécialement la tuberculose, prédisposition naturellement plus marquée quand il s'agit de jeunes sujets, tels sont les divers aspects de cette question sur laquelle nous n'avons pas à insister et que nous résumerons par la formule classique : « ce qui est transmis ce n'est pas « la graine » c'est « le terrain ».

C'est d'une façon analogue, en préparant le terrain, qu'agissent également les divers états constitutionnels, du sujet et spécialement les infections et les intoxications ; ainsi par exemple la syphilis, les auto-intoxications, l'artério-sclérose. Il est évident que les annexites antérieures non tuberculeuses, plus ou moins guéries, sont aussi des points d'appels très importants pour la tuberculose. Une femme peut faire une annexite banale qui devient ensuite tuberculeuse ; d'autre part des femmes tuberculeuses peuvent faire des annexites banales et des femmes atteintes d'annexites banales peuvent contracter la tuberculose. Nous y reviendrons.

Mais une prédisposition spéciale existerait pour nombre d'auteurs et serait subordonnée à certaines conditions anatomo-physiologiques que nous avons à étudier maintenant.

La trompe, par sa situation, par sa vascularisation, par la disposition de son épithélium, est exposée plus

que toute autre partie du tractus génital à l'ensemencement tuberculeux. La trompe en effet a une disposition horizontale avec souvent déclivité de sa portion moyenne, de plus elle est souvent très sinueuse ; il en résulte que les stases y sont faciles tant vasculaires qu'excrétrices. La stagnation des sécrétions est, on le comprend, très importante. Remarquons, cheminfaisant, qu'après la période de stase les sécrétions tubaires tendent à se porter non vers l'utérus, en raison de l'étroitesse de l'ostium utérin, mais plutôt vers le péritoine et l'ovaire en raison de la perméabilité plus large de l'ostium péritonéo-ovarien ; que secondairement celui-ci se ferme à son tour, et est réalisée la salpingite kystique. La stase vasculaire s'explique par la déclivité pelvienne et l'éloignement du cœur et aussi par la richesse du système veineux. D'autre part, comme le remarquent Jacobson, Donders, il y a un territoire très mal desservi aux confins de la branche tubaire de l'utérine et de la branche tubaire de l'ovarienne ; les artérioles très ténues qui irriguent la trompe sont un peu spéciales au point de vue de la pression sanguine, de la quantité, du volume des vaisseaux nourriciers, et il semble que les infections sanguines soient de ce fait favorisées. Enfin il existe encore une disposition anatomique de la trompe qui la prédispose à l'infection tuberculeuse, c'est la nature de sa muqueuse et de son épithélium : la muqueuse est tassée, plissée de rides assez hautes séparées par des sillons profonds, anfractueux, d'autre part l'épithélium n'est pas soumis comme celui de l'utérus à des mues menstruelles ; il en résulte

que les cultures trouvent un milieu bien plus propice dans la trompe. Des considérations inverses on a tiré des explications de la fréquence moins grande des tuberculoses ovariennes, en y ajoutant ce fait que l'ovaire est souvent, passivement en quelque sorte, englobé par une salpingite avec périsalpingite tuberculeuse. Hégar, Sippel, Freund plus récemment, ont prétendu que la tuberculose annexielle — et la tuberculose génitale en général — est plus fréquente chez les femmes présentant de l'infantilisme génital, un développement minime des organes, un état d'aplasie ou tout au moins d'hypoplasie du tractus génital. Landouzy et Fournier ont trouvé des arrêts de développement chez les sujets issus de tuberculeux, Merletti sur 500 autopsies de tuberculeuses a trouvé 80 cas d'hypoplasie génitale et dans 24 cas il y avait tuberculose génitale. Cette hypoplasie se rencontre aussi dans la tuberculose génitale de l'homme ; ces faits ont été étudiés par Tillaux et revus par Merletti. Il est bien difficile d'apprécier ces dystrophies et d'en mesurer le degré ; il ne semble pas que ce point de vue soit autre chose qu'une curiosité. En tout cas, comme les autres conditions anatomo-physiologiques que nous venons d'énumérer, nous ne pensons pas qu'il constitue une prédisposition spéciale à la tuberculose. Certes il faut tenir compte de ces considérations, mais il y a tout lieu de croire qu'elles sont valables aussi bien pour les autres infections tubaires que pour la tuberculose.

Les maladies antérieures et spécialement les infections locales des muqueuses du tractus génital, l'hy-

giène génitale mauvaise et les soins vulgaires de toilette insuffisants, si variables avec les conditions sociales et les milieux, tout cela constitue un point très important dans l'établissement des infections annexielles et par conséquent de la tuberculose. C'est une notion presque banale que toute annexite ancienne crée un lieu de moindre résistance, un point d'appel, une porte ouverte à des infections secondaires ; les germes pénètrent dans les voies génitales ou dans le sang, les organes prédisposés s'infectent seuls. Si l'hygiène génitale, si méconnue dans bien des milieux, n'est pas surveillée, les inoculations septiques et les propagations sont naturellement favorisées dans une large mesure. Cet état de résistance diminuée des organes génitaux, se manifeste encore quand il existe une lésion d'un de ces organes: kyste ovarique, néoplasme, grossesse normale, ou à plus forte raison grossesse ectopique, de nombreux faits peuvent appuyer cette assertion. Mais il n'en reste pas moins que c'est la blennorrhagie génitale, qui est le plus fréquemment le point de départ de lésions des voies génitales devenant secondairement des lésions tuberculeuses ; après la blennorrhagie viennent les infections de la puerpéralité.

Ainsi nous sommes conduit à l'étude des causes immédiates des inoculations tuberculeuses sur les voies génitales. Nous n'avons pas besoin de rappeler toutes les causes occasionnelles d'infection par la peau ou par les muqueuses. Pour nous borner à ce qui concerne l'infection par les voies génitales, nous dirons qu'elle se réalise par l'intermédiaire des divers agents qui peuvent porter

en l'intimité des voies génitales le bacille de Koch. Ce sont les doigts, doigts de la malade elle-même, doigts du médecin, de l'accoucheur, de la sage-femme ; ce sont les linges, éponges, canules, serviettes, et autres objets de toilette ; ce sont les diverses manœuvres, pansements, opérations, pratiquées après l'accouchement ou l'avortement, ou dans le cours du traitement des affections de la vulve, du vagin, de l'utérus. On imagine facilement les modes divers suivant lesquels ce transport des germes peut se trouver réalisé. On pourrait y adjoindre encore le coït, la masturbation et d'une façon générale tous les actes qui préparent, accompagnent, ou suivent l'action génitale sous ses divers aspects. Nous reviendrons sur ce sujet en parlant de la tuberculose génitale ascendante, quand nous étudierons les voies d'entrée du bacille de Koch, mais dès maintenant il faut bien établir que l'acte génital, tant par les inflammations que par les infections que par le traumatisme même qu'il provoque, crée une de ces tares locales qui « font un lit à la tuberculose. »

PATHOGENIE

C'est le bacille, décrit par Koch vers 1882, qui est l'agent causal de l'infection tuberculeuse. S'il est un point bien tranché actuellement, c'est celui de la pathogénie de la tuberculose ; toute tuberculose locale est caractérisée par la localisation même du bacille spécial en ce point. Nous savons en effet depuis Cruveilhier, mais surtout depuis trente ans environ, la fréquence et l'importance des tuberculoses locales, qui se sont isolées une à une et dont la tuberculose annexielle est un type. L'histoire de l'affection que nous étudions montre bien du reste que dès l'apparition dans la science du bacille de Koch, on chercha son mode de pénétration vers les voies génitales, puisque les travaux de Verneuil, Conheim, ceux de Verchère, ceux de Fernet datent de cette époque ; d'autre part le mémoire fondamental de Hégar est de 1886 ; dans ce mémoire l'auteur apportait en plus les premières observations de chirurgie annexielle.

La recherche du bacille de Koch est aujourd'hui bien connue et son identification assurée. Des réactions colorées, telles que la méthode d'Ehrlich, permettent de le trouver dans les humeurs, le sang ou sur les cou-

pes. Cependant on sait que cette recherche est souvent difficile, Altherthum en a montré les difficultés ; avec Kaufmann et Welcker, il préconise la méthode dite de Kuhne-Borrel exposée en 1889 dans les *Annales de l'Institut Pasteur*. Les cultures, même sur sang gélosé, donnent des résultats assez infidèles, surtout de nombreux résultats négatifs qui n'ont aucune valeur. Les inoculations constituent le moyen pratique le plus sûr pour le diagnostic de la tuberculose, c'est un moyen indirect mais excellent; on sait que l'animal de choix est le cobaye ou le lapin et l'inoculation la plus favorable celle qui est faite dans le péritoine. Parmi les moyens indirects d'identification de la tuberculose, il faut aussi compter sur la recherche de la néoplasie caractéristique : le « tubercule » avec cellules géantes vraies. Qu'il puisse exister des pseudo-bacilles de la tuberculose, ceux de Malassez et Vignal, ceux de Klebs, ceux de Cornil et Babes, que d'autre part, il existe de pseudo-tubercules produits d'irritations banales, nous le rappellerons en passant, mais sans insister sur ces données classiques de la bactériologie et de l'anatomie pathologique modernes. Si même nous avons cru devoir rappeler ces notions, c'est pour en faire ultérieurement l'application à propos du diagnostic. Il faut savoir en effet que l'on a recherché le bacille dans les tuberculoses annexielles ; Werth, Orthmann, Pozzi en ont trouvé. De nombreux auteurs en ont trouvé dans le sang en particulier. Menge sur 122 trompes extirpées a trouvé 9 fois le bacille tuberculeux, 28 fois le gonocoque, 3 fois les streptocoques et 1 fois le

staphylocoque. Les symbioses sont très fréquentes. Schuchardt a trouvé dans les voies génitales de l'homme le bacille de Koch associé au gonocoque. Il faut en effet répéter qu'on le trouve souvent associé à d'autres microbes, Williams et Saullmann ont rapporté des cas très nets d'infections mixtes. On ne doit pas s'attendre à rencontrer fréquemment et facilement le bacille et c'est pourquoi les moyens indirects, spécialement les inoculations, sont méthodes précieuses, de même les procédés de laboratoire. Nous signalerons parmi ces derniers la méthode d'Arloing et de Courmont ; d'après Clément de Lyon et Rothamel de Bordeaux, la séro-agglutination donnerait de bons résultats pour le diagnostic des tuberculoses locales. Les procédés de laboratoire, nombreux aujourd'hui, sont trop connus pour qu'il soit besoin d'y insister : recherche de l'hyperchlorurie comme l'a décrit Micheleau, examen du sang pour la recherches des bacilles, et surtout pour la recherche des réactions leucocytaires. Mais le procédé de la réaction à la tuberculine, *in vivo*, paraît justement tombé dans l'oubli.

Reste maintenant à savoir quelles sont les voies d'accès du bacille de Koch vers les annexes et par quels mécanismes il les atteint. C'est là un des points de la question qui ont soulevé le plus de controverses.

D'une façon générale on peut dire que le bacille de Koch, comme tous les bacilles, pénètre soit au niveau du tégument externe — la peau — soit au niveau du tégument interne — les muqueuses. La pénétration par la

peau existe, mais on sait qu'elle est rare. La pénétration par les muqueuses est la plus fréquente de beaucoup. Or, de toutes les muqueuses, c'est la muqueuse des voies respiratoires qui est le lieu habituel de la porte d'entrée, en raison du fait que les germes sont charriés avec les poussières de l'air ; la muqueuse des voies digestives peut aussi incontestablement être le lieu de la porte d'entrée mais dans des cas rares ; enfin la muqueuse uro-génitale peut également, mais à titre exceptionnel, nous offrir la porte d'entrée cherchée.

Appliquons ces données générales à la tuberculose annexielle, nous dirons que le bacille causal doit pénétrer : rarement par la peau, presque toujours par les voies respiratoires, quelquefois par l'intestin, rarement par les voies génitales. C'est ce que Amann résume assez heureusement de la façon suivante : tuberculoses « d'inoculation », d' « inhalation », d' « alimentation » et « de copulation », dont les deux extrêmes sont les plus rares. « L'inoculation » entraîne l'infection lympho-ganglionnaire. De « l'inhalation » à retenir, comme de « l'alimentation », la localisation ganglionnaire puis viscérale pour les uns, viscérale puis ganglionnaire pour d'autres. De « la copulation » à retenir qu'elle seule permet de concevoir la possibilité des tuberculoses annexielles primitives, dont nous avons parlé, mais qu'elle peut aussi provoquer des tuberculoses annexielles secondaires soit par stade vulvaire vaginal utérin primitif, soit, comme les précédentes, par stade lympho-ganglionnaire primitif. Nous

ne confondrons point par conséquent les tuberculoses « ascendantes », « canaliculaires » et « primitives », comme on l'a fait trop souvent.

On peut par conséquent classer les tuberculoses annexielles :

I. — Tuberculoses « par voie vasculaire, sanguine ou lymphatique ». — Elles sont toujours secondaires, et si l'on veut descendantes. Elles reconnaissent pour point de départ un point à l'intérieur même de l'organisme, dans quelque viscère ou plus souvent dans un ganglion, infecté primitivement lui-même soit par « inoculation » soit par « inhalation » — cas ordinaire — soit par « alimentation » soit par « copulation ». Ces tuberculoses vasculaires comportent : 1° Des tuberculoses par généralisation ou mieux « par transfert vasculaire sanguin » métastatique ; 2° Des tuberculoses par « propagation » — peut-être les plus fréquentes — par voie lymphatique ou simplement par contiguïté et spécialement par contiguïté péritonéale ou intestinale.

II. — Tuberculoses « par voie canaliculaire », suivant la filière du tractus génital. — On pourrait les concevoir — mais un peu théoriquement — « descendantes », entrant dans les voies génitales par l'orifice péritonéal de la trompe ; elles seraient alors secondaires. Elles sont en réalité, le plus souvent sinon toujours, « ascendantes », apportant des microbes venus de l'extérieur. Or, dans ce cas, elles ne sont pas toujours primitives. En effet, si c'est chez une femme présen-

tant une autre tuberculose locale et ayant fourni les éléments septiques — cas d'une tuberculeuse du poumon qui est inoculée vaginalement par ses propres bacilles venus de la salive ou des matières fécales par un intermédiaire quelconque —, on dit alors qu'il s'agit d'une infection primitive-secondaire. Si au contraire la tuberculose canaliculaire ascendante se présente chez une femme n'ayant pas d'autre foyer ou du moins n'ayant pas fourni les éléments septiques de la contamination, il s'agit d'une tuberculose primitive vraie. En tout cas il faut, pour que l'infection soit réalisée, qu'il y ait à un point quelconque de la filière génitale une porte d'entrée, afin que le bacille pénètre dans l'intimité des tissus et se cantonne ou se propage. Bien entendu si un stade vulvaire-vaginal-utérin précède la tuberculose annexielle, par l'un de ces divers mécanismes, l'infection tuberculeuse annexielle est secondaire. Cette question des tuberculoses canaliculaires est, on le voit, très complexe ; les termes « canaliculaire », « ascendant », « primitif » ne sont nullement équivalents et il ne faut les employer qu'avec précaution.

Cette classification complexe et un peu spécieuse peut-être des mécanismes intimes de l'infection tuberculeuse des annexes soulève plusieurs questions importantes : les points d'origine de l'infection métastatique par voie sanguine ; les propagations par contiguïté avec le péritoine, avec l'instestin — et spécialement nous dirons l'appendice —, avec les voies urinaires ; les tuberculoses par voie lymphatique et péritonéo-

tubaire ; le rôle du coït dans les infections ascendantes. Autant de points à examiner.

Quels sont les points d'origine dans les infections annexielles tuberculeuses par métastase ? Les bacilles ayant pénétré par une effraction de la muqueuse digestive, ou surtout respiratoire, sont transportés immédiatement aux ganglions et y provoquent la formation des tubercules, ceux-ci se ramollissent et se vident dans les vaisseaux sanguins. Donc origine ganglionnaire. Pour d'autres auteurs il y aurait localisation viscérale primitive, par exemple dans le poumon ou l'intestin même, sans passer par le stade ganglionnaire ; ces derniers cas sont évidemment très fréquents ne fut-ce que quand il s'établit des lésions au niveau même de la porte d'entrée. Mais on ne saurait insister trop sur les difficultés très grandes que l'on éprouve souvent pour trouver le foyer d'origine, non seulement cliniquement mais même anatomiquement. Cette infection par voie sanguine est certainement très fréquente ; on sait qu'elle explique par le même mécanisme la plupart des tuberculoses locales, pourquoi n'expliquerait-elle pas aussi bien la tuberculose génitale ? Certes l'ovaire peut être contaminé par la trompe et après la trompe, mais enfin dans quelques cas on a vu la tuberculose de l'ovaire débuter ; or dans ces cas, en dehors de l'infection par voie lymphatique exceptionnelle, il est difficile d'admettre une autre voie que la voie sanguine. Elle a du reste été vérifiée par les expériences d'inoculation de Schottlaender qui a produit ainsi des tuberculoses ovariennes expérimentales. On peut dire

que lorsqu'il s'agit d'un organe ouvert dans un conduit excréteur, on tend à admettre de plus en plus aujourd'hui l'infection par voie canaliculaire ; c'est ce qui se passe par exemple pour le testicule et l'épididyme depuis quelques années. Cependant, actuellement encore, il y a lieu de croire que dans ces cas, dans lesquels rentre la tuberculose annexielle, l'origine sanguine paraît rester la plus fréquente. Nous n'ajouterons pas, car la chose est bien établie depuis longtemps, que dans ces faits on ne croit plus à l'existence fatale de la tuberculose pulmonaire comme le voulait Louis Se sont successivement exceptées de la loi de Louis, en plus des tuberculoses locales directes primitives, les tuberculoses locales d'origine intestinale ou urinaire et surtout les tuberculoses d'origine ganglionnaire, enfin les nombreux cas où la lésion primitive est guérie. La transmissibilité de la tuberculose par voie sanguine appelle une autre série de considérations qui ont leur point de départ dans deux faits : d'une part la fréquence de la localisation tuberculeuse au placenta et d'autre part la transmissibilité du bacille de la mère à l'enfant. Ces faits montrent bien l'importance de la métastase sanguine tuberculeuse ; ils ont été bien mis en lumière par Kleinhaus et aussi par Friedmann. Martin rapporte que Schmorl et Kobel ont trouvé des tubercules dans le placenta, que Bugge en a découvert dans les vaisseaux ombilicaux et hépatiques d'un enfant né d'une mère qui mourut de tuberculose. On a trouvé des bacilles dans le placenta de mères phtisiques et dans les organes du fœtus ; on

expliquerait ainsi les tuberculoses que Baumgarten dit congénitales et qui sont peut-être seulement des tuberculoses infantiles. De même dans la tuberculose aiguë miliaire, qui est la tuberculose hématogène typique, quand elle survient dans le *post partum* on trouve des lésions tuberculeuses sur le placenta ou dans ses débris. Voigt a trouvé dans un cas de nombreux petits noyaux emboliques bacillifères. Amann a insisté à nouveau sur ces faits. Le même auteur nous donne des détails très intéressants sur les points d'origine des infections métastatiques; pour lui, comme pour Hégar et Rosthorn, on trouve très rarement des lésions des ganglions rétro-péritonéaux dans la tuberculose annexielle, et il rappelle à ce propos que Lubarsche n'admet que 3, 8 pour 100 de tuberculoses alimentaires; il conclut que le plus souvent la lésion initiale siège dans les ganglions bronchiques, le poumon n'étant pris que secondairement, s'il est pris, ce qui n'est pas constant comme on l'a vu.

La question de la propagation aux organes génitaux soit d'une tuberculose intestinale, soit d'une tuberculose urinaire, soit d'une tuberculose péritonéale, est une partie fort intéressante de cette étude.

Les relations de l'intestin et des organes génitaux déjà bien vues par Aran, par Cruveilhier, sont aujourd'hui bien connues. Nous venons de voir que d'après Lubarsche la tuberculose intestinale d'origine alimentaire existe dans 3,8 pour 100 des cas d'inoculation tuberculeuse et infiltre les ganglions. De ces ganglions — le point d'inoculation intestinale étant ou non guéri

— l'infection gagne les annexes par propagation lymphatique, qui va de part et d'autre du cœcum ou de l'anse sigmoïde aux annexes. En raison des inflammations si fréquentes de l'appendice iléo-cœcal, les relations de cet appendice et des annexes droites ont été particulièrement bien étudiées. Clado en 1892, puis Treub, Besson, Nevejean, Dormoy, Leroy, enfin Barnsby dans un important travail qui date de 1897, se sont occupés de la question. Delagénière a communiqué de nouvelle observations en 1897 et en 1900 ; en 1902 Barnsby en a apporté une seconde série ; on en rencontre dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie*, où nous avons retenu une observation particulièrement intéressante de Potherat. Il faut citer aussi le travail de Tuffier à la Société de Chirurgie en 1898 et une clinique de Delbet datant de 1897. Au cours des opérations de nos maîtres, nous avons souvent vu ces relations pathologiques de l'appendice et des annexes droites, ainsi que dans l'histoire clinique des malades; notre maître M. le Dr Tapret nous a donné sur ce point de précieuses indications. En somme c'est là une question tout à fait importante et à l'ordre du jour. Le fait qui paraît ressortir des discussions qui ont eu lieu, c'est que très fréquemment annexites et appendicites sont associées ; mais c'est l'appendicite qui est secondaire à l'annexite, par propagation lymphatique mais surtout par contact direct, car ces faits sont surtout fréquents dans les cas d'appendices pelviens. C'est l'idée de Barnsby. Pour Delagénière, annexites et appendicites chroniques se superposent dans cet ordre ; c'est

l'annexite qui commence puis vient l'appendicite. Delagénière a vu une folliculite appendiculaire non tuberculeuse classique survenir chez une femme ayant des annexites tuberculeuses. Cependant Delagénière admet que quelquefois, comme l'indique bien Pozzi, l'appendicite peut précéder l'annexite, mais ces faits sont rares. Ce sont ceux-là qui nous intéressent pour le moment. Dans ces cas, pour Pozzi, la propagation se fait surtout par les néomembranes adhésives du fond pelvien, qui sont chargées de vaisseaux et spécialement de lymphatiques néoformés à travers lesquels cheminent les éléments septiques venus de l'intestin. Dans les cas ordinaires, répétons bien avec Barnsby et Delagénière, que l'appendicite est secondaire ; en particulier dans les annexites tuberculeuses la folliculite appendiculaire est très tardive ; ce sont d'abord des lésions pariétales et banales ; la folliculite tuberculeuse d'emblée secondaire à une tuberculose annexielle est exceptionnelle. Nous avons entendu M. Cornil émettre la même opinion, en faisant remarquer la rareté des tuberculoses appendiculaires primitives, et par conséquent la rareté encore plus grande de leur propagation aux annexes. Ces relations des affections annexielles et appendiculaires dépassent donc de beaucoup comme portée le cercle de notre étude ; elles sont de première importance pour le diagnostic et le traitement de ces affections.

Les relations de la tuberculose génitale et de la tuberculose urinaire de la femme, qui sont assez souvent simultanées, ont fait l'objet d'une bonne étude d'Amann.

Il en ressort que la plupart du temps les infections sont indépendantes ; du reste l'infection urinaire est descendante et il ne semble pas qu'une tuberculose génitale puisse devenir urinaire, en revanche un passage inverse est possible ne fût-ce que par l'intermédiaire du péritoine, mais il est exceptionnel. Martin déclare en avoir observé deux cas récents. Dittrich en a observé un cas sur 450 observations et Schwamm un cas.

Les relations de la tuberculose péritonéale et de la tuberculose annexielle constituent, en raison de leur fréquence, un des chapitres les plus importants de notre étude. La connaissance chirurgicale et la thérapeutique de ces deux localisations du bacille de Koch sont du reste historiquement simultanées. On trouve dans les auteurs anciens : Morgagni, Louis, Aran, Grisolles, mention de la péritonite chronique tuberculeuse. Viennent les travaux de Lebert et de Corvisart, montrant les divers aspects de la péritonite chronique : tuberculeuse ou non. Vers 1860, Siredey, Rokitansky, Spencer-Wells, Brouardel, commencent à établir la notion que la péritonite tuberculeuse est la conséquence d'une autre tuberculose viscérale ; Brouardel reconnaît que « le péritoine est le véritable réactif de l'état pathologique des organes génitaux » et que « c'est par l'extension de l'affection au péritoine que notre attention est fixée sur ces organes. » Depuis lors l'histoire de la tuberculose péritonéale et celle de la tuberculose annexielle sont absolument confondues ; peu à peu on vient à l'idée qu'un grand

nombre de tuberculoses péritonéales ont pour point de départ les annexes tuberculeuses ; les chirurgiens recommandent de visiter les organes génitaux au cours des opérations pour péritonites tuberculeuses et de les enlever s'ils sont malades. De 1886 à 1892 il faut citer les recherches de Chéron, de Pic, de Masson, l'importante thèse d'Aldibert. Mais les travaux d'ensemble sur ce point sont dus à Bouilly et à ses élèves. Dès 1893, à la Société de Chirurgie, Bouilly défend l'idée de l'origine annexielle de l'ascite dite essentielle des jeunes filles, forme reconnue de tuberculose péritonéale. En 1896, dans la *Semaine Gynécologique,* Bouilly reprend complètement la question ; enfin en 1900 et en 1903 avec les thèses très documentées de deux de ses élèves — Gorowitz puis Leuret — il apporte de nouvelles et nombreuses observations qui élucident définitivement cette importante question. Les opérations pratiquées depuis 1886 sur l'abdomen et les organes génitaux ont permis de très nombreuses vérifications opératoires ; dans tous les travaux récents on tient le plus grand compte de ces faits, dont nous avons choisi dans nos observations un certain nombre très instructifs. Or voici quelles sont les grandes lignes des conclusions de Bouilly et de ses élèves : « Les lésions génitales sont chez la femme la cause la plus fréquente de la tuberculose péritonéale et en particulier de cette forme décrite à tort sous le nom d'ascite idiopathique des jeunes filles. Les tuberculoses de la trompe, du fond de l'utérus, et celle de l'ovaire, qui est rare, sont accompagnées toujours de tuberculose péritonéale. La

réaction du péritoine se produit de deux façons : la péritonite ascitique libre ou enkystée et la pelvi-péritonite adhésive. » En somme la tuberculose génito-péritonéale reconnaît des cas où la lésion est péritonéale puis génitale, des cas où la lésion est génitale puis péritonéale. On pourrait y ajouter les cas où la tuberculose génito-péritonéale est secondaire à une tuberculose généralisée et qui sont évidents par eux-mêmes. Marquant bien l'importance de ces relations, au Congrès de Rome, Veit a fait suivre son rapport sur la tuberculose génitale d'un rapport sur la tuberculose péritonéale. Il conclut que dans certains cas il y a tuberculose du péritoine annexiel sans tuberculose annexielle, interstitielle ou muqueuse; dans ces cas à moins que la lésion initiale minime ait guéri, ce qui est possible, on doit admettre que l'infection part d'un autre organe. Dans d'autres cas il y a des lésions évidentes du système génital, dans ce cas on doit admettre que la lésion péritonéale leur est secondaire.

Par quel mécanisme le péritoine est-il infecté secondairement à une tuberculose des organes génitaux ? Orth a bien montré ce mécanisme : propagation lymphatique ou contact direct, puisqu'en définitive le péritoine forme une des tuniques de la trompe. Remarquons que l'ovaire dépourvu de revètement péritonéal s'infecte plus rarement, parce que son épithélium est plus rebelle à la greffe tuberculeuse que le péritoine, lequel, comme toutes les séreuses, se prête facilement à l'infection tuberculeuse. On peut encore admettre un autre mécanisme de l'infection du

péritoine; il a été mis en lumière par Pinner, qui l'a reproduit expérimentalement et par Monprofit ; c'est la voie de l'ostium péritonéal de la trompe. Mais alors que Pinner admet la possibilité de la voie inverse péritonéo-tubaire — qui est du reste possible, une ascite d'origine intestinale par exemple infectant la trompe qui à son tour réagit sur son propre péritoine —, Monprofit montre que c'est la voie directe qui est la plus fréquente : « le pavillon tubaire n'est pas un entonnoir recueillant l'infection venue du dehors, c'est le pavillon d'une trompette soufflant l'infection dans le péritoine. » On trouve encore une bonne étude de ce mécanisme de l'infection péritonéale dans la thèse de Mathieu élève de M. Duplay. Notre maître M. le professeur Duplay admet complètement l'idée de l'origine annexielle de la tuberculose péritonéale, dont le premier stade est une péritonite tubaire devenant annexielle et pelvienne; c'est la péri-annexite tuberculeuse. Dans un second, stade, la généralisation péritonéale se fait, ou du moins la propagation plus ou moins large. Dans son mémoire récent, Cullen admet ce même mécanisme. En résumé, il faut savoir que très rarement les annexes sont infectées par le péritoine, que normalement et très souvent ce sont les annexes tuberculeuses qui contaminent la séreuse.

Nous avons parlé de l'infection par voie lymphatique des annexes de l'utérus et nous avons vu le point de départ de cette infection dans l'intestin ou les voies urinaires, nous en avons parlé à propos des adhérences annexielles avec les autres organes de l'abdomen et

spécialement l'appendice, nous venons d'en parler à propos de l'infection secondaire du péritoine par les annexes elles-mêmes ou inversement. Il reste un point à mettre en lumière sur ces propagations lymphatiques, c'est l'origne exogène avec propagation lymphatique à la trompe. Hégar, Franqué, Gorowitz ont publié des cas dans lesquels le microbe pénétrait par une plaie vulvo-vaginale accidentelle; Maas en a publié chez des enfants où la propagation lymphatique s'était faite par la plaie ombilicale. C'est ici le moment de rappeler les expériences de Cornil et de Dobroblonski, qui ayant inoculé dans le vagin de cobayes des cultures de bacilles tuberculeux ont contaminé les trompes, mais n'ont pas pu, il est vrai, contaminer l'ovaire. Quoi qu'il en soit, cette voie lymphatique primitive est exceptionnelle.

Cette question a l'avantage de nous conduire à une question connexe, très intéressante et fort discutée, celle de la transmission de la tuberculose par le coït. On conçoit bien que ce mode d'infection des annexes, en particulier, soit possible en principe. Se réalise-t-il en fait ? Cette voie vaginale ascendante permet de poser d'une façon très stricte la question des tuberculoses annexielles primitives. Bien entendu, l'infection tuberculeuse par le coït peut se réaliser dans certaines conditions, en considérant que les bacilles de Koch peuvent être transportés par la verge après avoir été collectés à l'extérieur et même sur le périnée de la femme, par exemple dans le cas où celle-ci présente une fistule anale ou bien est elle-même tuberculeuse du poumon et a dégluti ses crachats. Ce n'est pas de

ces cas qu'il s'agit ; alors le coït exerce son action infectante, bacillifère, d'une façon banale : la verge apporte des microbes en tant que corps étranger septique introduit dans le vagin. La question se pose d'une façon plus précise : un homme ayant une tuberculose génito-urinaire peut-il contaminer une femme par le coït, par le sperme ; d'autre part, un homme ayant une autre tuberculose, pulmonaire par exemple, peut-il par le coït contaminer une femme et, dans ce cas, son sperme est-il nocif ?

C'est Conheim en 1882, puis Verneuil et ses élèves, Verchère dans sa thèse de 1883, qui ont les premiers posé la question. En 1885, Fernet apporta des faits nouveaux qui furent exposés ensuite par Derville ; mais leurs conclusions très fermes étaient un peu hâtives, car c'est avec ces conclusions que l'on échafauda toute la tuberculose génitale primitive qui n'est certainement, on le sait aujourd'hui, qu'une rareté. Depuis, de nouvelles observations en ont été produites, mais elles sont rares. Ce mode de transmission est exceptionnel, qu'il soit fait du reste par le sperme, ou par la salive, ou par le sang au niveau d'une écorchure, toujours au cours de la cohabitation. Il n'y a pas en effet dans la contagion par le coït que la question du sperme, de même qu'il n'y a pas dans la question de la cohabitation que le coït. Pourquoi donc dans les tuberculoses génitales que l'on pourrait dire « par cohabitation », chercherait-on justement dans les voies génitales et non ailleurs le point d'origine du bacille ? Et, comme le dit Pozzi, pourquoi, dans ces cas suspec-

tés, n'y aurait-il pas, chez la femme même, quelque petit foyer tuberculeux passé inaperçu, ganglionnaire ou pulmonaire par exemple; pourquoi aller chercher une nodosité épididymaire ou un autre foyer viscéral chez un tiers, auteur présumé de la contamination? A côté de ces raisons d'ordre général il y a des faits. Or, ces faits prouvent que la contagion par le coït et spécialement par le sperme est possible puisque des bacilles ont été trouvés dans le sperme; ceci est hors de doute. Landouzy et Martin ont injecté dans le péritoine du cobaye du sperme de testicule d'un tuberculeux ne présentant pas de signes de tuberculose génitale et ils ont eu des résultats positifs. Sirena et Pernice, Salles, Malfucci, Jaeck, et surtout Spano puis Gaertner, ont trouvé des bacilles tuberculeux dans le sperme de tuberculeux n'ayant pas de tuberculoses génitales. Mais si ces faits montrent la possibilité de la transmission dans les conditions les plus difficiles, puisque des sujets en expérience n'avaient pas de tuberculoses génitales, ces faits montrent aussi que ce mode d'inoculation est rare, car peu d'expérimentateurs ont réussi à trouver ces bacilles; et il y a beaucoup de résultats négatifs. Enfin il faut remarquer que si les dangers de l'infection par le sperme bacillifère étaient si grands qu'on l'avait dit, on verrait bien plus souvent des cas de tuberculose des parties génitales externes de l'homme et de la femme; or celles-ci sont exceptionnelles. Il ne suffit pas, d'autre part, qu'un bacille soit apporté par un moyen quelconque, dans le vagin de la femme, par le coït par exemple, pour que la tubercu-

lose génitale éclate ; il faut qu'il trouve certaines conditions favorables sur ce terrain nouveau. Popoff a montré que pour que le bacille soit greffé, dans ces conditions, il faut que, au préalable, il y ait eu un traumatisme des voies génitales et encore les lésions restent-elles cantonnées à l'appareil génital et aux ganglions correspondants. Gorowitz a repris ces expériences avec Hallé et Grancher; elle a vu qu'il est impossible de greffer la tuberculose génitale sur une muqueuse vaginale saine, mais on peut réaliser expérimentalement la tuberculose des cornes utérines chez le cobaye en y déposant du bacille de Koch, qui gagne par voie lymphatique les ganglions iliaques et lombaires et peut aussi se propager par la muqueuse, vers le vagin parfois, sans laisser de traces au niveau du point inoculé. Ces faits montrent bien encore les difficultés que rencontre cette infection ascendante des voies génitales et par conséquent sa rareté par le coït et par le sperme plus spécialement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La tuberculose tubaire considérée isolément est bien connue au point de vue anatomique depuis la moitié du dernier siècle. Il faut se souvenir que les examens *post-mortem* avaient déjà bien établi son histoire avant que l'époque opératoire, qui a commencé il y a vingt ans, ait donné de nombreux documents nouveaux mais non différents ; on peut s'en convaincre par la lecture d'un certain nombre d'observations déjà anciennes.

La salpingite tuberculeuse, ordinairement bilatérale, se présente sous les aspects ordinaires des salpingites. Nous ne ferons que signaler ces cas, rares en somme, où les lésions étant au début et purement histologiques, on ne peut pas faire le diagnostic par l'examen simple. C'est ce que Williams appelle *insuspected tuberculosis*. Il existe une salpingite aiguë tuberculeuse, catarrhale ou purulente, à détermination surtout muqueuse, mais cette forme est si rare qu'elle doit seulement être nommée. Les salpingites chroniques tuberculeuses, les plus fréquentes, se présentent sous deux aspects ; il existe une forme parenchymateuse et une forme kystique. La salpingite tuberculeuse chronique parenchymateuse se manifeste quelquefois sous la forme atrophi-

que, scléreuse, fibreuse, mais cette forme est rare ou du moins c'est une forme de guérison ; en réalité elle se présente presque toujours sous la forme hypertrophique, végétante, noueuse. La salpingite tuberculeuse chronique kystique, n'affecte que très exceptionnellement la forme d'hydro et d'hématosalpynx et les cas rares observés sont sans doute des coïncidences ; sa forme commune est le cysto-salpynx caséeux ou purulent. Nous retiendrons donc les deux aspects ordinaires : la salpingite chronique hypertrophique végétante noueuse et la salpingite chronique purulente et caséeuse.

Dans la salpingite chronique hypertrophique végétante noueuse, que ces divers adjectifs caractérisent bien, on trouve la trompe épaissie, sinueuse, présentant en certains points des nodosités lui donnant quelquefois une apparence moniliforme. Selon la remarque de Letulle, la trompe avec ces noyaux durs et son infiltration pariétale rappelle absolument un canal déférent envahi par la tuberculose chronique. La trompe est ramassée sur elle-même, les franges de son pavillon sont ratatinées et accolées obstruant l'orifice péritonéal, mais souvent l'orifice utérin reste perméable. C'est du reste sur les deux tiers externes que, selon la remarque de Cornil, siègent ordinairement les plus grosses lésions. Au niveau des bosselures tubaires, la paroi tubaire quand elle n'est pas cachée par des adhérences ou des granulations péritonéales, ou quand on l'a dépouillée en partie de sa coque, la paroi tubaire apparaît d'un blanc jaunâtre et souvent même, selon

le mot même de Cornil « jaune cuir de botte ». Cet aspect est dû à la masse tuberculeuse, enkystée dans l'intérieur, et dont la couleur mastic apparaît par transparence ou bien a infiltré les parois de la trompe à son voisinage, parois lui servant de coque extrêmement amincie. A la coupe, l'aspect intérieur est tout à fait caractéristique ; les diverses masses enkystées sont constituées par de petits amas tuberculeux, plus ou moins durs selon l'âge des lésions : ayant l'aspect du tubercule cru, puis du tubercule ramolli en une masse ayant la consistance du mastic ou celle de la colle de pâte, enfin tardivement ayant la consistance dure par infiltration calcaire du tubercule enkysté et calcifié. Faciles à vider de leur contenu quand elles sont molles, ces masses laissent des logettes séparées par des ponts adhérents, rétractés, scléreux. Quand la masse est calcifiée, elle adhère, par plaques, à la paroi tubaire et ne peut en être séparée. La lumière de la trompe, difficile à retrouver par places, présente une muqueuse grisâtre, villeuse, épaissie, avec des nappes infiltrées, dures, ou des ulcérations à fond irrégulier, bourgeonnant. Dans les tuniques de la trompe, amincies au niveau des nodules, épaissies et lardacées en d'autres points, on trouve des nodules interstitiels, de volume de consistance et d'âge différents, formant une véritable salpingite fongueuse, tout à fait comparable d'aspect à celui d'une arthrite fongueuse. Ces parois infiltrées de la trompe, très dures en certains points, sont ramollies en d'autres points où leur rupture semble imminente. Quelquefois cette rupture s'est faite, on trouve alors à la place une

sorte de caverne irrégulière, ouverte, soit vers la muqueuse soit plus rarement vers l'extérieur au milieu d'adhérences péritubaires.

Dans la salpingite chronique caséo-purulente, la trompe se présente avec des volumes divers; tantôt elle est grosse comme le pouce, tantôt dilatée « en forme de saucisse », tantôt elle atteint le volume d'une banane, d'une poire, celui du poing; dans le cas d'Horteloup et de Routier on prit pour un kyste ovarique un pyosalpynx tuberculeux énorme; dans le cas de Jeannel la tumeur remontait jusqu'à l'ombilic. Tantôt dilatée en une seule masse et en totalité, elle est d'autres fois dilatée en plusieurs poches, de volumes divers, ou bien seulement dilatée en kyste au niveau de son tiers externe; dans d'autres cas, enfin, on voit une trompe ayant l'aspect de la salpingite hypertrophique, végétante, noueuse, avec dans un de ses segments, un abcès froid isolé. Son revêtement péritonéal est toujours plus ou moins adhérent et infiltré de tubercules. A la coupe, on évacue par la simple expression dans bien des cas et quelquefois sans exercer aucune pression sur la paroi, une masse, qui, selon les cas, a la consistance de la colle ou bien l'aspect et la consistance du fromage blanc. Elle prend encore l'apparence du pus des suppurations chroniques non tuberculeuses, mais la plupart du temps elle se présente sous l'aspect caractéristique des abcès froids, avec un pus séreux mélangé de grumeaux; c'est véritablement l'abcès froid de la trompe. La paroi de l'abcès froid tubaire, a l'aspect ordinaire de la paroi du tuberculôme, avec ses

fongosités, ses cavernules, ses points ramollis grisâtres ou au contraire ecchymotiques. L'orifice abdominal de la trompe est obstrué, mais souvent l'orifice utérin est ouvert, permettant même quelquefois, quand le contenu tubaire est suffisamment ramolli, de véritables vomiques tubaires qui s'écoulent dans l'utérus et de là dans le vagin.

La tuberculose ovarienne, si rare à l'état isolé, se trouve bien étudiée au point de vue anatomique. Comme pour la tuberculose tubaire, nous pouvons considérer un certain nombre de formes schématiques. Mais, à l'inverse de ce qui se passe pour la trompe, la lésion est assez souvent unilatérale, trois fois sur quatre environ, et elle siège cinq fois à droite et deux fois à gauche. Il faut d'autre part remarquer encore, que très souvent l'ovaire est sain dans la tuberculose annexielle et qu'il est entouré seulement d'une coque de périovarite qui l'encapsule, ou bien que, s'il est atteint, il présente des lésions scléro-kystiques banales. Il resterait à établir que dans ces cas il n'y a pas une tuberculose interstitielle qu'on ne peut dépister à la simple inspection et que le microscope révèlerait. Quoi qu'il en soit, lorsqu'il y a ovarite tuberculeuse, celle-ci se présente sous la forme d'une ovarite aiguë dans des cas exceptionnels et ordinairement sous la forme d'ovarite chronique. L'ovarite chronique que nous avons à retenir se présente comme la tuberculose salpingienne sous deux formes isolables : l'ovarite hypertrophique nodulaire et l'abcès froid ovarien.

L'ovarite chronique hypertrophique nodulaire, bien

décrite par Guillemain, à qui nous empruntons les traits essentiels de cette description, nous présente un gros ovaire isolé ou encapsulé dans des adhérences et qui peut atteindre le volume d'un œuf ou celui d'une orange. Il est bosselé, irrégulier, avec, mais exceptionnellement, de petits nodules tuberculeux superficiels. La coloration est grise, avec des points jaunâtres, au niveau desquels transparaît la gomme tuberculeuse interstitielle ; en d'autres points, la coloration de l'ovaire est violacée, ecchymotique, par suffusions sanguines profondes. Les foyers tuberculeux sont quelquefois ouverts en surface, plus ou moins cachés sous des adhérences ; à ce niveau, l'ovaire présente une ou plusieurs anfractuosités, de véritables cavernes végétantes et fongueuses. A la coupe, on trouve l'ovaire dur, scléreux, quelquefois présentant une infiltration diffuse granuleuse, plus souvent présentant l'aspect de la tuberculose en foyers, qui prédomine toujours dans la zone périphérique de l'organe. Ces foyers tuberculeux sont d'âges divers : les uns tubercules crûs, d'autres caséeux, d'autres ramollis, certains crétacés. La néoplasie tuberculeuse forme des noyaux jaunâtres, grisâtres, quelquefois blancs, variant du volume d'un pois à celui d'une noisette.

L'ovarite chronique kystique, ou abcès froid ovarien, se présente sous la forme d'une poche purulente qu'on ne confondra pas avec les abcès froids du tiers externe de la trompe, comme le fait s'est quelquefois produit. La poche, plus ou moins épaisse, peut occuper partie ou totalité de l'ovaire et être plus ou moins dis-

tendue, quelquefois ouverte et fistulisée. Le contenu est formé par une masse caséeuse ou séro-purulente, grumeleuse, comme dans tous les abcès froids, limitée par une membrane tuberculogène fongueuse et ramollie.

Le péritoine présente dans les tuberculoses annexielles des lésions très importantes. Toujours atteint au niveau du ligament large, et ordinairement dans la totalité du bassin, il se montre plus ou moins atteint selon les cas. Quelquefois c'est simplement une éruption miliaire discrète sur le péritoine annexiel. D'autres fois ce sont des nodules tuberculeux plus volumineux et adhérents. Enfin très souvent, on se trouve en présence d'une infiltration diffuse du péritoine pelvien, formant un véritable diaphragme d'adhérences solidarisant entre eux tous les organes pelviens. Dans les cas anciens, cette péritonite pelvienne tuberculeuse chronique devient à son tour végétante, hypertrophique, fongueuse ; la masse lardacée et bourgeonnante se creuse de cavités ramollies, de véritables cavernes qui s'ouvrent dans les annexes et les organes voisins. On a pu, au cours de certaines opérations, comparer cet aspect du bassin à du fibrome dégénéré ou à du cancer. Cette péritonite peut être localisée ou bien se généraliser à une grande partie, même à tout le péritoine. D'une façon générale on peut dire que quelle que soit son extension, c'est toujours aux trois formes ordinaires de la tuberculose péritonéale qu'on peut la ramener : tuberculose miliaire ascitique libre ou enkystée, tuberculose fibro-adhésive, tuberculose ulcéro-caséeuse.

C'est cette participation si fréquente du péritoine pelvien aux lésions annexielles, qui donne les types anatomiques des annexites : les annexites constituant en somme non seulement des formes cliniques, mais des formes anatomiques bien définies, où l'on trouve associées les lésions tubaires, les lésions ovariennes et les lésions péritonéales qui sont inséparables. Tout au plus peut-on faire remarquer que les lésions ovariennes ne sont pas rigoureusement constantes. C'est pour cette raison qu'on doit décrire, à notre avis, non des salpingites, non des ovarites, mais des annexites ; la tuberculose annexielle nous semble indivisible. La caractéristique de la tuberculose annexielle est du reste une tendance plus marquée que dans toute autre infection à l'envahissement du péritoine pelvien. On peut trouver dans toutes les infections annexielles des lésions péritonéales, mais jamais elles ne sont plus caractéristiques que dans la tuberculose. Ce sera là un point de vue très important dans la technique des exérèses, car ce sont les adhérences péritonéales et les foyers péritonéaux inclus qui augmentent la gravité et la difficulté de l'intervention. C'est qu'en effet, tous les organes pelviens sont solidarisés par ces adhérences, en particulier vessie, rectum, intestin grêle, appendice, en formant une gangue parfois inextricable où tous les viscères sont ensevelis, communiquant par l'intermédiaire de clapiers fistulisés. Du reste, à distance, les organes peuvent être atteints, par exemple la plèvre, le poumon ou les ganglions, enfin le foie, le rein, qui présentent alors des altérations spécifiques ou bien les

dégénérescences ordinaires des suppurations chroniques et des cachexies.

Les annexes ne sont pas quelquefois les seules parties atteintes dans les voies génitales. Souvent l'utérus est atteint en même temps et spécialement chez les enfants, où la métro-salpingite caséeuse a été fréquemment relevée. C'est chez l'adulte surtout que la tuberculose du col utérin coexiste avec la tuberculose annexielle ; la tuberculose vulvo-vaginale est au contraire fort rare. Nous ne ferons que signaler ces diverses tuberculoses génitales de la femme dont nous n'avons pas à exposer l'histoire.

L'étude histologique microscopique des lésions essentielles de la tuberculose annexielle, a été faite en grande partie en France, et c'est en particulier aux travaux de Terrillon et de Cornil que nous la devons. Quels sont donc les points spéciaux à signaler dans cette localisation de la tuberculose qui ici, comme partout, se caractérise essentiellement : d'une part par son microbe et d'autre part par sa réaction presque spécifique, le tubercule ? Ce qu'il y a d'intéressant à noter, c'est la localisation topographique des lésions permettant de suivre l'évolution anatomique du mal. L'examen histologique dépasserait même, pour certains auteurs, la valeur d'une vérification ; il aurait, dans certains cas douteux, l'importance d'un moyen de diagnostic. Récemment encore Leuret et Lœvy à la Société Anatomique, ont montré la difficulté du diagnostic des lésions ovariennes sans le secours de l'histologie. Et ils ont tiré de cette notion une conclusion pratique utile, en mon-

trant la nécessité pour les chirurgiens conservateurs de ne pas oublier qu'un ovaire sain macroscopiquement peut, en cas de tuberculose tubaire, être atteint de tuberculose histologique et que, par conséquent, il doit être enlevé.

Le premier phénomène qui se passe au niveau de la trompe est l'infiltration du derme de la muqueuse par des bacilles, puis par des nodules tuberculeux qui provoquent une réaction inflammatoire du côté de la muqueuse. Dans les tuberculoses expérimentales, les tubercules sous-épithéliaux sont faciles à voir vers le trentième jour. « Sur des coupes transversales faites après durcissement dans l'alcool, on voit, dit Cornil dans un cas, un épaississement de la paroi et des végétations très hypertrophiées et très ramifiées. Dans l'épaisseur et à la surface interne de ces végétations et villosités, on trouve très souvent des cellules géantes considérables, avec des noyaux multiples, ovoïdes, affectant souvent la forme de bâtonnets repliés, sinueux ou arborisés. La surface libre des villosités est tapissée de cellules cylindriques à cils vibratiles. Par place ces cellules sont modifiées, en transformation muqueuse et granuleuse, ou bien elles sont desquamées et libres dans du mucus, avec quelques globules de pus. Il y avait quelques figures de kariokynèse dans des cellules volumineuses situées auprès des cellules géantes. Il y avait des follicules tuberculeux dans la paroi fibro-musculaire du conduit. » En somme, du derme de la muqueuse l'infection gagne vers la lumière du conduit tendant à former un pyo-

salpynx. Elle gagne d'autre part excentriquement les autres tuniques et enfin le péritoine tubaire où se trouve réalisée l'infection chronique de la séreuse, qui aboutit à la desquamation à la fausse membrane enfin à l'adhérence organisée.

Du côté de l'ovaire, plus encore que du côté de la trompe l'examen histologique est utile pour affirmer qu'il s'agit bien de tuberculose et que celle-ci siège bien dans l'ovaire ; dans certains cas, il est même indispensable pour Guillemain. Ici encore, ce qui est spécial c'est le siège et l'évolution des lésions. Le début des lésions se fait dans la couche ovigène, qui semble être souvent le siège exclusif de la tuberculose, la couche médullaire étant intacte. Sur des coupes étudiées par Guillemain « on voit, dit-il, entre la couche superficielle de revêtement, caractérisée par son épithélium cubique et d'autre part le stroma central, qui sont l'un et l'autre intacts, on voit la couche ovigène siège du processus tuberculeux. Les vésicules de Graaf y ont disparu et la couche est constituée par un fin stroma de fibres conjonctives, au milieu desquelles se trouvent un grand nombre de cellules embryonnaires. Dans ce stroma, au milieu de vaisseaux, on voit des follicules tuberculeux formés d'éléments embryonnaires au centre desquels on trouve des cellules géantes ayant jusqu'à 25 et 30 noyaux. Quelques follicules présentent à leur centre un espace clair résultant du ramollissement. » Dans certains cas, en raison de la destruction des follicules de Graaf, sans lesquels on ne peut guère identifier l'ovaire sur une coupe, le diagnostic du siège

ovarien des lésions resterait en suspension si on ne pouvait presque toujours reconnaître en surface l'épithélium ovarique et au centre le tissu médullaire avec ses artères hélicines et ses fibres lisses ; ces deux couches encadrent une zone infiltrée qui représente la couche ovigène modifiée où le processus se cantonne. Quand la tuberculose gagne, c'est ordinairement en profondeur vers le stroma du tissu médullaire.

Pour la trompe comme pour l'ovaire un fait important ressort de l'étude histologique, c'est le début par la zone vasculaire : par la sous-muqueuse dans la trompe, par la couche ovigène dans l'ovaire, témoignage de l'origine vasculaire des bacilles dont nous avons indiqué ailleurs les procédés de recherche. Nous n'ajouterons à cette mention du bacille de Koch, agent causal de ces désordres, que cette mention complémentaire : souvent on trouve des bacilles associés et les désordres anatomiques doivent être mis sur le compte de plusieurs agents. En particulier, fréquente est l'association des lésions tuberculeuses et des lésions gonococciques, fait qui a une importance non seulement au point de vue étiologique, mais encore au point de vue anatomique.

SYMPTOMES

La tuberculose annexielle se présente avec la symptomatologie ordinaire des infections annexielles. Elle emprunte seulement à la tuberculose quelques caractères particuliers au point de vue des signes physiques et peu ou pas de caractères spéciaux au point de vue des symptômes fonctionnels. Donc c'est sur les formes anatomiques que nous établirons les formes cliniques, comme on le fait par exemple pour la tuberculose péritonéale.

Or, pour établir les types anatomo-cliniques il faut, comme nous l'avons fait précédemment, schématiser un peu la description pour la rendre possible ou en tout cas utile. Nous adopterons donc les divers types d'annexites tuberculeuses décrits précédemment comme formes anatomiques, mais en remarquant qu'ils peuvent se combiner entre eux de bien des manières et qu'en réalité le tableau clinique est bien plus confus et bien moins tranché. En particulier, les lésions de la trompe de l'ovaire et du péritoine étant concomitantes, ce sont moins des salpingites des ovarites et des péritonites pelviennes, que des annexites totales qui se trouvent réalisées.

Les annexites tuberculeuses aiguës avec salpingo-ovarite aiguë et péritonite diffuse sont rares mais elles existent. Consécutives souvent à une lésion chronique, elles se présentent comme poussées aiguës au cours d'affections chroniques et alors même sont quelquefois de simples aspects d'une septicémie tuberculeuse plus ou moins étendue. Les cas les moins rares sont cependant ceux dans lesquels il s'agit d'une poussée aiguë locale greffée sur un état chronique ancien également local. Ces cas aigus, suraigus, virulents même, que Cayla étudie sous le nom de forme aiguë typhoïde, se présentent avec les symptômes habituels des infections aiguës : fièvre, réaction péritonéale, infection grave de l'organisme. Il faut du reste remarquer que les poussées aiguës greffées sur la tuberculose pelvienne chronique, ne sont pas toujours dues au bacille de Koch et qu'on trouve souvent des infections secondaires. C'est ce qui arrive volontiers par exemple dans le *post partum*. Lorsque l'infection est due au bacille de Koch, on peut trouver le bacille et les tubercules miliaires sur le placenta comme nous l'avons vu en étudiant les tuberculoses hématogènes. Le pronostic de ces grandes infections se confond avec le pronostic des grandes infections de la zone génitale, de même les indications opératoires et le traitement. L'on sait en particulier qu'à l'heure actuelle beaucoup de chirurgiens préconisent l'exérèse précoce massive de l'utérus et des annexes, centres des cultures microbiennes, cette exérèse ayant d'autre part l'avantage de créer un large drainage vagi-

nal du bassin. On est donc, dans ces cas, en dehors du point de vue spécial de la tuberculose et nous n'insisterons pas plus longuement.

Les annexites chroniques tuberculeuses, avec salpingo-ovaro-péritonite, se présentent sous des aspects divers que l'on peut étudier comme on étudie par exemple les formes chroniques de l'appendicite. Il existe d'abord une forme d'annexite chronique latente torpide ; or, dans certains cas, la réaction péritonéale n'est pas une simple péritonite miliaire ou adhésive, elle se traduit par un épanchement ascitique. C'est dans cette classe qu'il faut placer l'ascite essentielle idiopatique des jeunes filles décrite par Cruveilhier et dont l'origine annexielle est si fréquente. Il existe d'autre part une annexite nodulaire hypertrophique fibro-adhésive et une annexite caséo-purulente avec pachypelvipéritonite fibro-adhésive dans certains cas ulcéro-caséeuse. Ces deux dernières formes sont les plus importantes sinon les plus fréquentes.

Les annexites chroniques latentes tuberculeuses sont très fréquentes et souvent elles ne se révèlent qu'au moment où le péritoine, « ce voisin ennuyeux », réagit à son tour. Ce fait n'a rien en soi de surprenant. Reprenons la comparaison avec l'appendicite : l'appendicite latente est très fréquente, c'est même la forme normale et lorsque nous assistons à une crise — légère ou grave, peu importe — d'appendicite, c'est en réalité à une crise de péritonite appendiculaire que nous assistons. Appliquons cette formule aux annexes : la forme pour ainsi dire normale de l'annexite chronique est la

forme latente, puis peu à peu la tuberculose infiltre le tissu interstitiel tubaire ou ovarien, et nous n'assistons souvent qu'à des réactions cliniques de péritonite annexielle. Cette formule qui n'est qu'une comparaison est, sous cette forme même, très acceptable. Donc, pendant un temps plus ou moins long la trompe s'infiltre sans donner lieu à des réactions bien marquées ou qui passent inaperçues. Puis la propagation gagne le péritoine pelvien qui réagit.

Dans une première catégorie de faits, le péritoine réagit en provoquant d'abord une petite éruption péritonéale de tubercules miliaires, en grains de semoule, répandus en plus ou moins grande abondance sur le péritoine pelvien. Bientôt s'établit une péritonite fibro-adhésive, en somme une péritonite sèche ; cette péritonite adhésive s'accompagne quelquefois au début d'un léger épanchement ascitique fugace. Or, la pelvi-péritonite sèche se caractérise surtout par des phénomènes douloureux que l'on retrouve dans la plupart des observations et aussi par des troubles de la menstruation, consistant en diminution ou suppression des règles. Ces signes relevés par certains auteurs, en particulier par Bouilly et ses élèves, sont niés et considérés par Martin par exemple, comme d'ordre banal. Il en serait de même des pertes blanches et autres phénomènes génitaux de cet ordre. L'examen de la malade révèle l'enclavement de l'utérus et des annexes dans des fausses membranes, mais cet enclavement est ordinairement partiel et le fait essentiel comme dans toute perimétroannexite, c'est l'adhérence en

arrière vers le rectum du paquet génital. Dans l'évolution de la maladie surviennent de temps en temps des poussées subaiguës de pelvipéritonite légère. Quelquefois alors les lésions prennent l'aspect que nous décrirons plus loin, et dans lequel les lésions annexielles proprement dites marchent de pair avec les lésions péritonéales. Dans d'autres cas, cette péritonite sèche évolue d'une façon tout à fait torpide, est à peine soupçonnée, le processus se limitant très rapidement. C'est en effet un mode de guérison, d'enkystement des lésions tuberculeuses, somme toute une forme favorable.

Dans une seconde catégorie de faits, le péritoine réagit en provoquant une péritonite avec épanchement ascitique. Celui-ci devient le symptôme prédominant et il peut même constituer à lui seul toute la maladie. Les annexes sont si bien silencieuses que pendant longtemps on a ignoré leurs lésions si fréquentes dans ces cas de péritonites hydriques, que les auteurs qualifiaient de péritonites chroniques essentielles idiopathiques depuis la description classique de « l'ascite essentielle des jeunes filles ». Nous nous sommes expliqué sur la pathogénie indiquée par Bouilly et aujourd'hui universellement admise, comme le prouvent les discussions du Congrès de Rome. Faut-il y voir une forme répondant à une infection plus atténuée que dans les cas de péritonite sèche ? Nous n'oserions l'affirmer. L'affection débute donc en général chez les jeunes filles au moment de la puberté par l'apparition progressive insidieuse de l'ascite. D'après Gallant, dès cette épo-

que il y aurait hypothermie matutinale légère et légère hyperthermie vespérale. La douleur consiste en phénomènes de gêne dus à la distension même du ventre, plus rarement il existe un état de douleur vraie mal localisée, périombilicale ou lombaire. Dans certains cas la douleur existe dès le début, avec d'emblée des signes génitaux attirant l'attention du côté du bassin : douleurs annexielles, troubles de la menstruation, leucorrhée, troubles gastriques. Mais comme souvent les lésions annexielles sont minimes, ces phénomènes d'ordre génital sont inexistants ou tout au moins insoupçonnés ; d'autant que dans ces cas, il y a peu d'adhérences à l'inverse de la forme adhésive, qui conduit tout naturellement à penser à une affection génitale parce que ces adhérences provoquent des douleurs pelviennes. L'ascite peut être totale, libre et considérable ; son volume varie fréquemment et on a pu dire que c'est quelquefois une véritable ascite « oscillante ». Cette ascite a les caractères de tous les épanchements péritonéaux. Dans d'autres cas il s'agit de collections ascitiques enkystées par des adhérences, l'enkystement étant quelquefois primitif, d'autres fois consécutif à l'ascite totale libre. Dans ces cas, il y a processus mixte, à la fois exsudatif et adhésif. Cette forme mixte serait même, pour Bouilly, la plus fréquente, l'étendue et l'importance des adhérences, le nombre et la dimension des poches liquides étant du reste très variables. C'est précisément ces faits qui expliquent les erreurs qui ont été commises dans des cas de genre, où une ascite enkystée fut prise pour un kyste ovarique par exem-

ple. C'est donc sur cette forme d'ascite enkystée qu'il faudra compter pratiquement, en se souvenant d'une part que tel cas peut se rapprocher des ascites libres tel autre cas des formes fibro-caséeuses ou ulcéreuses même de la tuberculose péritonéale. L'examen clinique de l'ascite comporte toujours la recherche, par les signes fonctionnels et physiques, de la lésion causale de l'ascite. Dans ces cas, on sera conduit à penser aux organes génitaux et en première ligne aux annexes. On pourra n'y rien trouver de bien net, dans d'autres cas on y trouvera au contraire des témoignages de lésions annexielles et même, dans les cas un peu anciens et ayant déjà évolué, des lésions annexielles avancées et graves. Dans les cas légers, on voit l'ascite guérir spontanément et les lésions annexielles causales rester silencieuses et sans doute guérir aussi. Dans d'autres cas, l'ascite disparaît mais pour faire place à un processus de péritonite sèche avec persistance des lésions annexielles, qui lentement et sûrement continuent leur évolution et conduiront aux formes franches d'annexites tuberculeuses. Pour le reste, c'est l'évolution ordinaire de la tuberculose péritonéale en général, avec la possibilité de complications diverses : la suppuration, la généralisation, les cachexies vinérales, qui n'ont rien de spécial à la péritonite d'origine annexielle mais qui justifient les réserves du pronostic et militent pour le traitement curateur précoce.

Nous entrons dans une forme plus nette et plus caractérisée de tuberculose annexielle, en étudiant la forme fréquente de l'annexite nodulaire parenchyma-

teuse hypertrophique fibroadhésive. Ici les phénomènes sont d'emblée annexiels et ils demeurent annexiels ou du moins pelviens. C'est donc l'histoire clinique d'une annexite chronique de ce type anatomique ; il ne semble pas que la tuberculose ajoute un seul caractère spécial, physique ou fonctionnel, à son évolution. Il en est du reste ainsi de toutes les salpingites chroniques ; leur diagnostic étiologique n'est qu'un diagnostic de probabilité ou bien un diagnostic opératoire. On retrouvera donc le début ordinaire des annexites : douleurs, troubles de la menstruation, pertes blanches, troubles gastriques, poussées de pelvipéritonite au bout d'un certain temps marquant bien le stade annexiel puis le stade péritonéal consécutif. Le toucher ne donne pas de renseignements spéciaux : il révèle qu'il y a annexite plus ou moins prolabée et adhérente dans le Douglas, unie ou bilatérale, à prédominance salpingienne ou ovarique, avec ou sans infiltration œdémateuse des culs-de-sac, mais il ne dit rien de plus. Cependant dans les cas favorables il y a un fait intéressant que le toucher révèle ; c'est l'existence de bosselures sur la trompe et sur l'ovaire : salpingite et ovarite nodulaires. Les nodules de la trompe sont fréquents dans la tuberculose, mais ils ne sont pas rares dans les autres infections tubaires ; il faudra donc avec la plupart des chirurgiens les rechercher et savoir les constater, mais de leur présence on ne pourra pas tirer un argument certain en faveur de la tuberculose. On a vu l'explication anatomique et la disposition ainsi que l'importance de ces noyaux. Nous pour-

rions ajouter qu'on a aussi décrit des adénomyomes inflammatoires et des salpingites nodulaires isthmiques non tuberculeuses, tout à fait comparables. Il s'agit toujours bien entendu des cas où il n'y a pas une tuberculose utérine, vaginale, vulvaire, ou une tuberculose viscérale autre, pulmonaire par exemple, qui vient imprimer un cachet spécial à l'évolution de la maladie. En dehors de ces cas, cette forme peut rester assez longtemps silencieuse mais son évolution n'est pas spontanément arrêtée. Elle donne lieu à des poussées fréquentes de pelvipéritonite, sans du reste que l'on doive voir dans ce fait un caractère absolument spécial. Chaque poussée traduit un pas en avant dans l'évolution des lésions, c'est-à-dire des adhérences des foyers tubaires et ovariens. C'est au cours de cet envahissement péritonéal qu'apparaît souvent une poussée de péritonite appendiculaire par propagation qui évolue un moment pour son propre compte. Au bout d'un certain temps il y a comme on l'a dit, non plus tuberculose annexielle mais vraiment tuberculose pelvienne, par infiltration de tout le bassin ; c'est dans ces cas qu'on trouve à l'ouverture du ventre un diaphragme pelvien d'adhérences complet, au milieu duquel les organes sont ensevelis. Dans les masses fibreuses adhérentes, existent par place des noyaux de ramollissement et de fonte purulente des masses tuberculeuses. Ces abcès peuvent se vider dans les viscères, se fistuliser et l'on arrive ainsi à ce qui est l'aboutissant fréquent, soit les formes suppurées qu'il reste à décrire. Dans la plupart

des cas cependant, cette forme nodulaire parenchymateuse n'aboutit pas à ces grands désordres pelviens et, somme toute, les masses entourées de fortes adhérences restent localisées. Le pronostic est donc grave mais point fatal ; toutefois il faut tenir le plus grand compte que ces femmes sont des infirmes au point de vue génital, qu'elles sont stériles et surtout qu'elles portent un foyer, toujours redoutable, de tuberculose locale. Alterthum, Veit, d'autres encore, ont rapporté des cas de tuberculose tubaire guéris spontanément ; il serait intéressant de bien connaître ces lésions guéries et de savoir quelle vérification a été faite de la guérison définitive.

Les annexites chroniques caséo-purulentes peuvent se présenter sous la forme d'abcès froids de la trompe ou de l'ovaire, isolés ou associés, et comparables aux gros pyosalpinx ordinaires. Ces abcès froids d'emblée, en quelque sorte, la plupart du temps assez gros, quelquefois énormes, sont aussi assez souvent à bacilles associés, une infection banale étant venue se greffer sur une tuberculose annexielle. Le véritable abcès froid salpingien ou ovarien est le tuberculôme caséeux puis liquide, entouré de quelques adhérences et accompagné de nodules erratiques dans les tissus voisins et sur le péritoine. Ces abcès froids peuvent aussi se présenter comme collections isolées dans une masse fibro-adhésive avec salpingite nodulaire de la forme précédemment décrite. Enfin, ces abcès tuberculeux annexiels font souvent partie du tableau clinique de la tuberculose pelvienne avancée, fibro-adhésive

sive en certains points ulcéro-caséeuse ailleurs. C'est dans les cas de ce genre, qui sont le dernier terme de l'évolution de la tuberculose annexielle, qu'on a la forme clinique la plus redoutable ; aussi est-elle rare d'emblée. Quand le pyosalpynx ou l'ovarite purulente kystique sont isolés, ils se présentent comme des tumeurs froides, sans grande réaction, du cul-de-sac latéral ou du cul-de-sac postérieur. Abandonnée à elle-même la tumeur peut s'ouvrir et se vider dans un viscère surtout dans le rectum ou la vessie, ou bien encore provoquer des poussées aiguës par infection secondaire au cours desquelles la masse s'accroît ; ces faits sont bien connus. Quelquefois on a vu de véritables vomiques salpingiennes se faire par l'utérus et le vagin vers l'extérieur; Routier a indiqué ce symptôme ; l'écoulement pourrait même augmenter par compression manuelle à travers la paroi abdominale. Très différentes sont les suppurations annexielles dans les grandes tuberculoses pelviennes. Alors il y a aussi de grosses poches de pus, mais au sein d'une masse fongueuse, végétante, où elles sont perdues. L'évolution est celle d'une pachypelvipéritonite grave, avec poussées inflammatoires pyohémiques ; ces poussées peuvent être même à marche très rapide et Faure en a observé des cas qui évoluèrent comme une tumeur maligne galopante. Le toucher révèle l'existence d'un bassin plein d'une masse dure, ligneuse, où on ne peut rien reconnaître, ayant les apparences d'un fibrome enclavé ou d'autres fois d'une infiltration pelvienne maligne. L'état général est déplorable, les

fistules viscérales s'établissent ouvrant la porte aux infections secondaires et la mort survient après un temps plus ou moins long, par cachexie, par généralisation, par urémie, ou par tout autre mécanisme. Le pronostic de ces grandes tuberculoses pelviennes chroniques est redoutable ; seule l'intervention, quand elle est possible, permet de conserver l'espoir d'une guérison plus ou moins rapide et plus ou moins complète. Les cas observés, ou du moins diagnostiqués cliniquement, sont trop souvent ces cas avancés où il y a en même temps tuberculose pulmonaire placée au premier plan ; c'est même cette tuberculose pulmonaire qui permet le diagnostic. Les autres cas sont des découvertes opératoires dans lesquels l'examen clinique n'a rien donné au point de vue du diagnostic.

DIAGNOSTIC

Il y a toute une partie du diagnostic des annexites tuberculeuses qui n'offre aucune particularité, c'est le diagnostic anatomo-clinique de l'annexite. Ce diagnostic étant fait, avec les éléments ordinaires, reste à voir quels sont les signes qui permettent de penser que cette annexite est une annexite tuberculeuse. Si la première partie du diagnostic est en général assez facile, la seconde est bien souvent absolument irréalisable.

Il y a une première catégorie de cas, dans lesquels on peut penser à la tuberculose annexielle *a priori*. Nous lisons par exemple dans divers travaux classiques que Boucher, Béhier, Terrillon ont fait des diagnostics de la tuberculose annexielle ; nous pourrions ajouter de nombreux noms à cette liste, en dehors même des cas que nous étudierons et dans lesquels le diagnostic bactériologique entraîna le diagnostic anatomo-clinique. S'il s'agit par exemple d'une jeune fille vierge, tuberculeuse pulmonaire, qui fait des accidents pelviens avec ascite, il y a tout lieu de penser à la tuberculose. De même si on trouve chez une vierge, ou chez une femme sans passé génital blen-

norrhagique ou puerpéral, un pyosalpinx ou une salpingite nodulaire. On pourrait encore prendre quelques exemples caractéristiques. Une tuberculeuse pulmonaire avancée ou une femme vivant dans un milieu tuberculisé présente des accidents d'annexite, il est possible que cette annexite soit tuberculeuse, si toute autre explication n'est pas plausible. De même si on a, par l'anamnèse ou par l'évolution longuement suivie de l'affection, des renseignements permettant d'imaginer la tuberculose : hérédité, cohabitation avec un tuberculeux, tuberculoses locales antérieures, existence actuelle d'autres tuberculoses locales.

Mais à côté de ces cas où il est possible de penser à la tuberculose, il y a une grande quantité de cas où on ne peut rien dire. En présence d'une annexite il est du reste très difficile en général de se prononcer sur l'étiologie : la gonococcie, la streptococcie puerpérale, plus fréquentes, la tuberculose et les autres infections, moins fréquentes, se conditionnent, se mélangent, brouillent le tableau clinique et le plus sage est de ne rien préjuger. Il y aurait cependant intérêt à pouvoir diagnostiquer la tuberculose annexielle, qui vient compliquer du pronostic de la tuberculose même le pronostic déjà grave de l'annexite. On ne peut donc pas dire en principe que ce complément de diagnostic soit négligeable. Aussi a-t-on cherché à trouver des signes permettant de dépister la tuberculose. Il y aurait beaucoup d'exagération à prétendre qu'on en possède un seul permettant d'affirmer cliniquement la tuberculose annexielle. Tous les auteurs sont unanimes à

déclarer que le signe vraiment pathognomonique n'est pas trouvé. Nous allons passer en revue les principaux signes sur lesquels les auteurs ont attiré l'attention.

La dureté de la tumeur annexielle est un indice bien trompeur. N'y a-t-il donc pas des annexites non tuberculeuses absolument ligneuses et des annexites tuberculeuses ramollies?

L'unilatéralité des lésions est un argument bien vague; qui donc pourrait jamais affirmer cliniquement l'unilatéralité de lésions annexielles quelconques ?

L'aménorrhée proposée comme signe précoce ne semble pas avoir la moindre valeur; c'est un phénomène qui répond à des états physiologiques et pathologiques si différents qu'on ne peut pas s'en rapporter à lui.

Les douleurs gravatives au pelvis, au sacrum et aux lombes, sont des phénomènes bien connus en pathologie génitale et d'ordre banal; on les voit répondre très souvent aux cas de pachypelvipéritonite adhésive et on les observe certainement dans les tuberculoses annexielles si souvent adhérentes. Peut-être les observerait-on de ce fait plus souvent dans la tuberculose ? Mais dans un cas déterminé, qui voudra se fier à ce seul signe? Du reste le diagnostic des adhérences est facile et cependant dans beaucoup de cas où on trouve des masses adhérentes on n'est à aucun moment déterminé vers la tuberculose par la constatation, même directe, de ces adhérences.

L'atteinte plus grave de l'état général dans la tuber-

culose paraît un argument assez bon parce que très souvent la tuberculose est cachectisante. Mais, même alors, cet argument est d'ordre banal. D'autre part les affections chroniques des annexes, quand elles sont anciennes et largement suppurées, réagissent très fâcheusement sur l'état général et dans ces cas « cachexie » n'égale pas « tuberculose ».

On trouve ailleurs l'argument suivant : dans la tuberculose on observe plus souvent que dans les autres infections annexielles des poussées de pelvipéritonite aiguë séparées par des périodes de rémission complète. Il est bien difficile de fonder même une probabilité sur la notion de fréquence, quand il s'agit de différences très minimes. Car il est bien certain que nous voyons tous les jours des salpingites gonococciques par exemple en poussées de pelvipéritonite, les malades nous disant que c'est leur deuxième, troisième, cinquième crise.

Nous lisons dans une thèse récente que le météorisme et l'ascite sont des signes utiles pour le diagnostic de la tuberculose annexielle. On ne voit pas bien le lien de ces deux symptômes ? Pris isolément ils n'ont naturellement aucune valeur ; ainsi associés ils ne semblent pas valoir mieux. Ajoutons ceci : de ce fait qu'il y a des ascites par tuberculose péritonéale et de cet autre fait qu'il y a des tuberculoses péritonéales de cause annexielle, il y aurait quelque exagération à prétendre toutes les fois qu'on voit une ascite qu'il y a des tubercules dans les annexes.

Moins aléatoire de beaucoup est le symptôme sur

lequel tous les auteurs ont insisté depuis Hégar et Terrillon : les nodosités et bosselures de la trompe, ce que Hégar appelait les « nodules isthmiques », marquant par là en même temps leur localisation fréquente. On a beaucoup écrit sur les nodosités de l'isthme et des cornes utérines ; sans entrer dans l'histoire de ces divers aspects de la question nous dirons que, évidemment, l'annexite tuberculeuse est très souvent une salpingite parenchymateuse nodulaire. Mais cette forme n'est pas la forme constante, invariable, et d'autre part nous venons de dire que plusieurs lésions peuvent expliquer la présence de bosselures dans la région utéro-tubaire. Le symptôme n'étant pas absolu n'a pas de valeur rigoureuse au point de vue du diagnostic. Cependant il faut tenir compte de cet élément et l'utiliser en pratique.

Un moyen de diagnostic qui véritablement est souvent utile, c'est la recherche des contagions ; si on ne trouve ni la gonococcie ni l'infection de la puerpéralité qui occupent les deux tiers de l'étiologie des annexites, il y a quelques chances d'avoir à faire à de la tuberculose, parce que l'expérience prouve que parmi les infections plus rares des annexes la tuberculose tient le premier rang. Mais c'est un signe négatif ; il nécessite un interrogatoire minutieux ; il se fonde sur les souvenirs quelquefois lointains ou imprécis des malades ; il ne tient pas compte des infections légères méconnues non tuberculeuses ; ils oublie que très souvent dans une annexite plusieurs infections s'additionnent, en particulier que la tuberculose peut se greffer

sur des trompes infectées d'abord par le gonocoque. Et voilà plus de raisons qu'il n'en faut pour ne pas s'en remettre à cet élément de diagnostic d'une façon absolue. Un autre aspect de cette question des contagions génitales, c'est l'argument que l'on tire en faveur de la tuberculose de ce fait qu'il s'agit d'une vierge ou d'une enfant en bas-âge. Nous serions porté à croire que cet argument est meilleur ; cependant il est passible d'objections. D'abord, pourquoi les voies génitales de la vierge et de l'enfant ne seraient-elles pas contagionnées selon la voie muqueuse ascendante par les microbes ordinaires des suppurations ? Et les faits si nombreux de vulvovaginites et de métrites infantiles gonococciques ou autres, l'infection étant apportée par les cuvettes, éponges, serviettes, linges divers, ou par les doigts de la mère ou par les doigts de l'enfant? Une enfant, même bien soignée, n'est pas dans son bas-âge à l'abri de ces infections ; que dire des enfants qui ne reçoivent pas les soins nécessaires ou les reçoivent dans de mauvaises conditions. L'argument n'est pas irréprochable.

Il n'y a donc jamais que des probabilités en matière de diagnostic de la tuberculose annexielle? En dehors des cas où le bacille est constaté, oui. On peut dire que quelquefois ces probabilités sont moindres, que dans d'autres cas elles sont plus grandes, c'est une différence d'appréciation. Évidemment plusieurs probabilités réunies et rapprochées font une probabilité plus grande, mais jamais une certitude. C'est même en raison de cette quasi-impossibilité du diagnostic certain,

que beaucoup de chirurgiens déclarent cette recherche inutile; d'autant qu'ils trouvent dans l'existence même de l'annexite une raison suffisante d'intervenir. Rencontrent-ils alors au cours de l'opération l'existence de la tuberculose, ils justifient leur intervention par un nouvel argument. Et il faut convenir que cette considération est une raison sérieuse contre les temporiseurs systématiques, dans les annexites justiciables de l'exérèse. C'est peut être de la conservation mal comprise et peut-être même l'opposé de la conservation que la temporisation en la matière. Sans compter que la laparotomie n'est pas en somme le premier temps d'une exérèse obligatoire; fort heureusement la laparotomie exploratrice entre de plus en plus dans nos idées. Sans doute on enlève souvent des annexes; mais cela prouve tout simplement qu'il y a à l'heure actuelle bien peu de laparotomies non justifiées et c'est la justification même de l'exploration opératoire du bassin. N'est-ce pas le chemin des opérations partielles, par conséquent de la vraie conservation? Il nous a paru utile de rapprocher ces considérations, de la conclusion à l'impossibilité du diagnostic clinique de la tuberculose annexielle, qui serait de première importance car, en matière de tuberculose, ce sont toujours les exérèses précoces et complètes qui sont indiquées.

Il est évident, comme nous l'avons dit, que le seul moyen rigoureux d'affirmer la tuberculose c'est la recherche du bacille de Koch dans les exsudats utéro-vaginaux ou par râclage explorateur de l'utérus. La ponction des culs-de-sac pour atteindre une poche sal-

pingienne serait certainement dangereuse et on ne peut la recommander. Cette exploration se fait par les procédés ordinaires déjà signalés: examens, cultures, inoculations. Nous rappellerons aussi les divers procédés de laboratoire pour la recherche de la tuberculose: séro-agglutination de Courmont et Arloing, hyperchlorurie, examen du sang pour la recherche du bacille et des réactions leucocytaires.

TRAITEMENT

Le traitement des annexites tuberculeuses doit, comme bien des traitements, être compris en dehors de toute question historique ; c'est le traitement actuel que nous devons examiner car l'histoire des traitements du passé ne nous apprendrait rien. En effet, ce traitement touche au traitement de la tuberculose et spécialement de la tuberculose locale et il touche d'autre part au traitement des annexites. Il tire donc ses indications de deux sources que les travaux récents et spécialement la chirurgie annexielle ont complètement transformées et qui ont commencé avec Lawson-Tait, Hégar, Terrillon.

Il est un premier point sur lequel il n'y a pas à insister, c'est le traitement général de toute tuberculose : repos, vie au grand air, suralimentation. De même la prophylaxie est celle de toute tuberculose ; ces questions sont très bien connues aujourd'hui. Nous ne ferons qu'indiquer également la nécessité d'un traitement que l'on pourrait dire médical et qui sera le traitement palliatif des cas non justiciables de l'exérèse chirurgicale. Ce traitement c'est celui de toutes les annexites : repos au lit, injections et lavements chauds,

drainage utérin, applications de topiques divers, révulsion, évacuation d'abcès, etc. Ce qui importe c'est le traitement direct, en quelque sorte curateur des lésions dont la guérison spontanée est possible mais toujours très rares.

Examinons les indications. Elles reposent sur deux principes. D'une part, nous savons que tout foyer de tuberculose locale reconnu doit être détruit. D'autre part, nous savons que toute annexite chronique doit être enlevée, parce que dans les conditions actuelles de la chirurgie on court moins de risques et on a plus d'avantages à l'extirper qu'à l'abandonner à son évolution normale. Donc, en réunissant les deux précédentes indications, nous dirons que tout foyer de tuberculose annexielle doit être enlevé, parce qu'il accumule les risques d'une tuberculose locale et ceux d'une annexite chronique. Et nous concluerons que, en dehors des contre-indications communes à toutes les interventions et tenant à l'état général du sujet, il n'y a pas de contre-indications et même que la temporisation est inacceptable. Il semble que l'on pourrait discuter à l'infini sur les détails, mais à l'heure actuelle cette formule générale reflète bien la pensée chirurgicale contemporaine ; nous en empruntons l'idée à notre maître : Faure, et nous le suivrons dans ses déductions.

Mais, pratiquement, le traitement ne se présente pas avec des indications aussi schématiques et il faut tenir compte de deux faits importants, d'abord l'absence fréquente de diagnostic ferme, puis la coexis-

tence d'une autre tuberculose et spécialement la tuberculose pulmonaire.

Lorsqu'en effet le diagnostic n'est pas fait et pas même soupçonné, on se trouve dans le cas d'une annexite banale chronique de nature inconnue et on n'est guidé que par les indications ordinaires du traitement des annexites chroniques. Ce n'est pas le lieu de les discuter ici. En tout cas, il est certain que lorsque au cours de l'opération le chirurgien s'aperçoit qu'il a devant lui une annexite tuberculeuse, une nouvelle justification de l'acte opératoire se trouve faite. Faisant état de cet argument, nous dirons que la possibilité de rencontrer la tuberculose au cours de l'opération, la notion que la tuberculose annexielle est fréquente plus fréquente qu'on ne l'a cru pendant longtemps, doivent nous inviter d'une part à penser plus souvent à la possibilité de la tuberculose annexielle et même doivent *a priori* s'ajouter aux arguments qui militent en faveur de l'intervention dans les annexites chroniques.

La coexistence d'une autre tuberculose et spécialement de la tuberculose pulmonaire vient d'autre part compliquer la question et c'est même dans ces cas que, cliniquement, on peut et on doit même penser d'emblée à la possibilité de la tuberculose annexielle. Dans quelle mesure la tuberculose pulmonaire-contre indique-t-elle l'extirpation des annexes? Il est difficile de donner une formule générale et nous dirons que c'est au chirurgien d'apprécier si la malade est dans l'impossibilité de supporter une opération quelconque. Il n'y a

dans ce sens clinique rien qui soit spécial à la tuberculose annexielle et nous pourrions rappeler les discussions de ces dernières années à la Société de Chirurgie, en particulier celle de Nélaton en 1893. En principe, il ne semble pas que l'intervention soit contre-indiquée comme le dit Martin et comme le dit Veit. « Si la tuberculose pulmonaire est avancée il ne faut rien faire ; si cette tuberculose pulmonaire est légère ou douteuse il ne faut pas hésiter à opérer. » Cette formule de Pozzi paraît répondre à l'opinion moyenne. Sans doute on a vu des tuberculoses aiguës miliaires généralisées survenir à la suite d'exérèses annexielles; nous en relatons plusieurs cas et il y en a d'autres. Ce sont des raisons pour agir avec prudence, mais non pour s'abstenir toujours. Quant à prendre prétexte de l'état général mauvais pour faire des opérations partielles c'est une mauvaise raison; il ne semble pas qu'on doive faire de la conservation à tout prix dans les annexites tuberculeuses et la plupart des chirurgiens se rallient à l'opération large complète et précoce.

L'existence d'une tuberculose péritonéale, spécialement dans la forme ascitique, conduit aujourd'hui à l'opération ; on connaît les cas de guérison nombreux par simple laparotomie exploratrice et on les explique le plus souvent avec Mariotti, Bacchiochi, Stchegoleff, par la transformation en une péritonite adhésive de guérison postopératoire. Mais depuis que nous savons bien que presque toute péritonite tuberculeuse est secondaire et de plus que la lésion primitive a très souvent un siège

annexiel, une indication nouvelle a surgi : dans l'hydropéritonite tuberculeuse on ne se contentera pas de la laparotomie simple, on visitera les annexes au niveau desquelles on trouvera souvent la lésion dont la péritonite est fonction et on l'extirpera.

Les résultats fournis par les opérations sont très variables avec les malades, avec les milieux, avec les statistiques même, qui à ce point de vue surtout ont individuellement leur valeur mais ne peuvent être comparées. Donner des chiffres ne signifierait pas grand'chose, nous n'en tirerions pas profit. Dirons-nous, par exemple, que sur nos observations il y a 54 cas opérés avec 15 morts ? Ce que l'on peut dire c'est que le pronostic qui domine dans toute annexite dépend de la forme anatomo-clinique dans une large mesure. En tout cas les statistiques sont favorables en ce sens qu'elles encouragent à tenter l'exérèse dans une affection grave et même redoutable; nous ne pouvons demander mieux.

La technique opératoire pour l'ablation des annexites tuberculeuses a été très clairement établie par Faure au Congrès de Rome ; il semble bien que sa façon d'envisager la question réflète bien l'opinion générale des maîtres actuels de la gynécologie. Nous suivrons donc les lignes essentielles de son rapport sur ce sujet, en remarquant une fois de plus que l'on ne fait souvent le diagnostic qu'au cours de l'intervention même.

Lorsque les lésions annexielles sont unilatérales, le meilleur procédé opératoire consiste, comme dans toules les annexites, à faire l'extirpation annexielle unilatérale. Lorsque des adhérences péritonéales importan-

tes existent, il faut préalablement les détruire en glissant la main dans le Douglas par le côté sain et en abordant le paquet annexiel malade par sa base ; on le décolle alors très facilement de bas en haut, on l'énuclée en quelque sorte, on le soulève, on l'isole d'une façon complète, et il ne reste qu'à couper entre deux ligatures. Faure insiste sur ce décollement de bas en haut et il remarque que lorsque l'utérus est très adhérent au Douglas, il suffit, pour pouvoir aborder le paquet annexiel par sa base, de sectionner d'abord son attache utérine pour ensuite se glisser vers la base du ligament large.

Lorsque les lésions annexielles sont bilatérales, le meilleur procédé opératoire consiste, comme dans toutes les annexites, à faire l'hystérectomie abdominale subtotale. La lecture des observations montre bien en particulier que la voie vaginale, dangereuse en raison des adhérences et ne permettant souvent que des opérations incomplètes, n'est pas en général à recommander ; il est vrai qu'on ne fait le diagnostic qu'après l'opération commencée. Aussi nous bornons-nous à placer cet argument au passif de l'hystérectomie vaginale en général. Certes on pourrait se contenter d'une double extirpation annexielle, mais il semble qu'à l'heure actuelle la majorité des chirurgiens donne la préférence à l'hystérectomie sus-vaginale en raison de sa rapidité, de sa simplicité, de la sécurité qu'elle donne, pour d'autres motifs encore dans le détail desquels nous n'avons pas à entrer. Dans la tuberculose annexielle une nouvelle raison sérieuse s'ajoute, c'est la nécessité

de faire une opération complète et de ne pas laisser par conséquent un utérus infecté spécialement au niveau de ses cornes. D'un autre côté, en dehors d'une indication positive à l'ablation du col utérin, nous ne pensons pas qu'il y ait lieu d'adopter systématiquement l'hystérectomie totale qui n'est pas, on le sait, comparable à tous les égards à la subtotale. Ici encore il faut s'attendre à rencontrer de nombreuses adhérences, autant et même plus que dans les autres annexites ; l'histoire anatomique et clinique nous l'a montré. Or ces adhérences viennent constituer la difficulté de l'opération. C'est ici qu'il faudra, suivant les cas, savoir choisir parmi des procédés différents. Selon la disposition et l'étendue des adhérences, chaque procédé aura ses indications ; on devra, pour arriver au même but dans les conditions les meilleures possibles suivre des voies diverses, en n'oubliant pas que la décortication des annexes est bien plus facile et bien plus sûre de bas en haut que de haut en bas, selon le précepte de Faure.

Si les adhérences annexielles sont unilatérales, le meilleur procédé est celui de Kelly. Partant des flancs du bassin, on sectionne d'abord les annexes non adhérentes, puis l'utérus lui-même, enfin les annexes adhérentes dernières ; le tout est enlevé en un seul bloc.

Si les adhérences annexielles sont bilatérales, si l'on se trouve en présence d'un véritable diaphragme d'adhérences encombrant ou fermant même complètement le bassin, l'embarras est plus grand. Dans ce cas, deux moyens se présentent pour arriver à la base des

annexes, là où doit commencer la décortication : ou bien l'ablation préalable de l'utérus ou bien son hémisection. Le premier procédé est celui de Terrier, le second celui de Faure. Ils sont bons l'un et l'autre ; celui de Terrier plus ancien, plus classique, à l'heure actuelle plus répandu, n'est pas cependant toujours facile quand les annexes sont très adhérentes à l'utérus. Dans ce cas, il faut savoir que l'hémisection rend de réels services ; elle fait possibles des opérations qui, sans elle, paraissent presque impraticables à première vue.

Tout ce que nous venons d'écrire en matière de technique et même en matière d'indications opératoires prêterait à bien des discussions. Tel reconnaît des indications à l'hystérectomie vaginale, tel autre ne la pratique jamais : celui-ci préfère un procédé, celui-là en préfère un autre ; ce sont là, certes, des questions importantes mais qu'on ne saurait trancher par des formules. C'est sur ces questions de thérapeutique que les gynécologues sont actuellement en discussion, chacun apportant ses idées, ses méthodes, ses résultats. Nous n'avons pu sur ce point par conséquent, que donner une ligne générale. C'est auprès des maîtres eux-mêmes que nous devons aller chercher pour ainsi dire « au jour le jour » la pratique de cette thérapeutique, qui ne constitue pas un rite définitif et figé, mais une science large, profonde et toujours en marche.

CONCLUSIONS

La tuberculose annexielle, un des aspects des tuberculoses génitales de la femme, est bien connue anatomiquement depuis le milieu du dernier siècle ; elle est bien étudiée au point de vue clinique et opératoire depuis ces vingt-cinq dernières années.

Il est difficile de distinguer la tuberculose annexielle primitive de la tuberculose secondaire ; celle-ci cependant est la règle, la première est l'exception. Pratiquement il est plus utile de savoir si la tuberculose annexielle est isolée.

La tuberculose génitale de la femme est très fréquente, beaucoup plus fréquente qu'on ne le pensait ; elle est plus souvent rencontrée depuis qu'elle est systématiquement recherchée. La tuberculose annexielle constitue la grosse partie de la tuberculose génitale de la femme. D'autre part la tuberculose de la trompe est la localisation la plus fréquente de la tuberculose annexielle, ou plutôt elle constitue la localisation principale dans les « annexites tuberculeuses » qui nous offrent, en même temps, des lésions de l'ovaire et du péritoine pelvien.

Le bacille de Koch, agent causal de toute tuberculose

est facile à déceler dans les annexites tuberculeuses, soit par examens directs, soit par cultures, soit surtout par inoculations. Son installation dans les annexes est favorisée par un certain nombre de causes adjuvantes qui représentent, comme dans toute infection, la part du terrain.

L'infection tuberculeuse des annexes se fait par voie vasculaire sanguine ou lymphatique ; elle peut, mais plus rarement, se faire par voie canaliculaire, le bacille suivant la voie du tractus génital en particulier par voie ascendante. Des relations étroites existent entre les organes annexiels et l'intestin, spécialement l'appendice ; ces relations sont encore plus marquées avec le péritoine lui-même. La rareté des infections ascendantes conduit à penser que l'infection des annexes par le coït, et plus spécialement par le sperme, est exceptionnelle.

Les annexites chroniques tuberculeuses constituent la plus grande partie des tuberculoses annexielles. Elles se présentent sous les formes anatomo-cliniques suivantes souvent combinées : annexites latentes se révélant sous forme de péritonites tuberculeuses sèches ou accompagnées d'épanchement ascitique ; annexites nodulaires hypertrophiques fibro-adhésives ; annexites caséo-purulentes avec pachypelvipéritonite ulcéro-caséeuse. Leurs aspects cliniques sont divers et leur évolution est celle de toutes les annexites chroniques, à très peu de réactions près.

Le diagnostic clinique de la tuberculose annexielle peut quelquefois être soupçonné, il ne peut jamais

être assuré. Il n'existe pas un seul signe pathognomonique permettant d'affirmer, en présence d'une annexite, que celle-ci est tuberculeuse. Le diagnostic est donc presque toujours un diagnostic opératoire.

Le traitement de la tuberculose annexielle consiste en l'exérèse large, complète, précoce, par voie abdominale; les résultats qu'il fournit sont encourageants, mais toujours l'intervention reste indiquée pour deux raisons : annexite chronique, tuberculose locale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

E. Walther. *Tuberculose primitive de l'ovaire droit et des trompes* (Trans. Path. Soc. London, 1888-1889. T. XI, p. 212).

Femme mariée, 34 ans, n'ayant jamais été enceinte. Six mois avant son admission, douleurs violentes dans le bas-ventre suivies de l'ouverture d'un abcès par le vagin. A son entrée, elle porte un abcès profond dans la région inguinale droite : il est ouvert et communique avec celui du vagin. Au bout d'un mois, laparotomie : on enlève les deux trompes et les deux ovaires. L'utérus présente de nombreux fibromyômes dont les plus volumineux égalent un œuf. Deux de ces tumeurs avaient une coloration jaune-pâle, mais le microscope a montré qu'il s'agissait de dégénérescence et non de tuberculose.

La malade mourut quatre jours après l'opération.

Les deux trompes étaient distendues. L'ovaire droit suppuré était creusé d'une cavité grosse comme une noix mais vide; l'examen histologique montra sans aucune espèce de doute de la tuberculose miliaire.

Dégénérescence kystique de l'ovaire gauche. Pas de tuberculose dans d'autres organes.

OBSERVATION II

Alban Doran. *Tuberculose primitive annexielle et péritonéale* (British Medic. Journal, 21 oct. 1893).

Jeune fille a une tumeur fluctuante dans le bas-ventre. Règles irrégulières. Un frère mort tuberculeux.

Incision exploratrice. — Epaisse masse fangeuse ; on croit à du sarcome. On referme. Mort par tuberculose pulmonaire.

Autopsie. — Trompes présentant l'aspect d'une masse allongée; les deux ovaires gros, remplis de bouillie jaune sale. Donc, tuberculose primitive de la trompe avec tuberculose secondaire du péritoine.

(D'après la trad. Leuret).

OBSERVATION III

Gemmel. *Tuberculose primitive des ovaires. Salpingites non tuberculeuses.* North of England obstetrical and Gynecological Society (nov. 1902).

Femme de 26 ans, mariée depuis deux ans et demi et stérile, présente trois mois après le mariage des phénomènes de pelvi-péritonite.

Il y a trois mois curettage pour guérir la dysménorrhée et la stérilité; depuis, menstruation normale. Dernièrement, manifestations d'une tumeur annexielle droite.

Laparotomie. On trouve une tumeur annexielle droite très adhérente à l'intestin avec une collection purulente fétide dans la trompe; l'examen de ce pus a montré qu'il contenait des staphylocoques, des anaérobies, mais il ne contenait ni streptocoques ni gonocoques. Du côté droit également gros ovaire

caséeux contenant des tubercules et de la matière caséeuse. Du côté gauche, trompe dure remplie de substance calcaire mais sans tuberculose ni pyosalpynx.

Donc, probablement tuberculose primitive de l'ovaire et double salpingite non tuberculeuse en régression à gauche et formant poche purulente à droite.

Cette observation a été analysée dans la *Revue de Gynécologie* en 1903.

OBSERVATION IV

Gottschalk. *Tuberculose génitale primitive héréditaire chez une jeune fille.* Zur Frage der hereditæren primæren Genitaltuberculose beim Weibe (Arch. f. Gynœk., 1903, n° 70).

Vierge de 32 ans, ayant des antécédents de tuberculose du côté paternel; point réglée jusqu'à 30 ans, puis irrégulièrement réglée, se plaint de pesanteur pelvienne avec tiraillements lombaires.

A l'examen, on trouve sur le col une masse ayant les apparences d'une tumeur tuberculeuse ce qui confirme l'histologie. Masses annexielles, à droite plusieurs nodosités tubaires.

Hystérectomie vaginale totale. L'examen des pièces montre que le corps utérin, les trompes et les ovaires présentent des lésions tuberculeuses vérifiées par l'histologie et les inoculations. Spécialement bacilles virulents dans les ovaires. Malade guérie depuis trois ans et bien portante.

Il semble, d'après l'auteur, qu'on se trouve en face d'une tuberculose génitale d'origine paternelle car ici il s'agit d'une vierge ayant des antécédents tuberculeux du côté paternel, ne présentant pas d'autre tuberculose constatable, ayant enfin guéri après ablation de ce foyer tuberculeux. Donc, tuberculose héréditaire et primitive des organes génitaux.

Cette observation a été analysée dans la *Revue de Gynécologie* par R. Jeannin. — Precichewska en 1904.

OBSERVATION V

Springer. *Tuberculose utéro-annexielle par voie ascendante* (Zeitschr. für Heilkunde. T. XXIII, fasc. 1, 1902) (rés. dans *Sem. Gynéc.*, 2 sept. 1902).

Femme, 36 ans, est prise, après quatre ans de mariage, de tuberculose miliaire. Le corps entier est farci de tubercules; seules les trompes présentent de la dégénérescence caséeuse.

On apprit que le mari, de descendance tuberculeuse, avait l'habitude, avant chaque coït, d'enduire sa verge de sa propre salive. On remarquera que le vagin était resté complètement indemne.

OBSERVATION VI

Hermann Ritter von Hauschka. *Un cas de tuberculose génitale primitive ascendante* (Tine Fall von primarer ascendirender Genital tuberculose. Wiener Klinische Wochenschrift, 1901, p. 1259).

Malade de 28 ans, pertes abondantes en blanc. A l'exploration de l'utérus à l'hystéromètre, il sort de l'utérus une quantité de pus caséeux et la curette ramène des masses jaunes que l'examen montra être de la tuberculose mais qu'à première vue on avait prises pour du cancer. Erlach fit la castration totale vaginale.

A l'examen des pièces, on trouve la muqueuse utérine dégénérée, infiltrée de follicules tuberculeux gagnant en épaisseur le muscle utérin sans envahir le péritoine qui est sain. Les trompes sont aussi envahies, mais pour la muqueuse seulement. Les ovaires sont dégénérés mais ne présentent pas trace de

tuberculose. La répartition de ces lésions a fait penser à une tuberculose primitive ascendante.

La malade a guéri.

(D'après la trad. de P. Delbet *in Rev. de Gyn.*, 1902).

OBSERVATION VII

S. Griffith. *Salpingo-ovarites tuberculeuses avec péritonite à point de départ ovarien probable* (Trans. Path. Soc. London, 1888-89. T. XI, p. 212).

Multipare de 29 ans, ayant depuis quatre ans un prolapsus utérin pour lequel une périnéorrhaphie a été faite avec succès. Un an après, le Dr Galopin, qui avait opéré la malade, constata la présence d'une tumeur rétro-utérine qu'il prit pour un abcès se vidant par intervalles dans le rectum puis se remplissant. Il l'extirpa et l'examen montra qu'il s'agissait de la trompe et de l'ovaire. La malade d'ailleurs alla tout à fait bien au bout d'un an.

L'ovaire du volume d'une petite pomme a une surface lisse et uniforme : à la coupe, nombreux kystes remplis d'un liquide visqueux. A l'examen histologique, on constate un tissu conjonctif infiltré de petites cellules rondes et dans lequel sont plongés des tubercules non caséifiés.

Chacun de ces tubercules est entouré de faisceaux connectifs qui se prolongent vers le centre de l'ovaire, et là se trouvent des cellules géantes multinucléées. Il n'y a de caséification nulle part. Quelques vaisseaux néoformés, mais ne paraissant pas entrer en relation avec les follicules tuberculeux. Il reste peu de tissu normal de l'ovaire. Le péritoine périovarien est épaissi et recouvert d'un exsudat fibrineux.

La trompe est élargie et ses parois amincies. On trouve dans ces parois les mêmes lésions que dans l'ovaire ; il y a des tubercules, de plus, l'épithélium tubaire a proliféré et ses cellules

sont augmentées de volume. Le Dr Vincent a examiné les pièces au point de vue des bacilles de la tuberculose, mais il n'en a point trouvé. Par contre, il a rencontré de nombreuses cellules géantes à prolongements multiples et semblant de formation récente.

OBSERVATION VIII

Constensoux. *Double salpingite tuberculeuse et péritonite tuberculeuse consécutive chez une enfant d'un an* (*Bull. Soc. Anat.* Paris, 1897).

La pièce présentée provient de l'autopsie d'une enfant d'un an, morte de péritonite tuberculeuse dans le service de M. Netter. L'enfant était dans un état grave et succomba dix jours après l'entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Ganglions trachéo-bronchiques caséeux. Les poumons ne renfermaient que de rares granulations de date récente. Les plèvres saines.

Dans la cavité péritonéale, pleine d'un liquide séreux, le contraste était marqué par les altérations observées à la partie sus-ombilicale de la séreuse et celle du péritoine pelvien.

A la partie supérieure, en effet, on ne trouvait qu'un semis de granulations grises, tandis qu'au niveau du bassin, on voyait de gros nodules, manifestement plus avancés dans leur évolution, abondants surtout sur le feuillet pariétal et correspondant, pour la plupart, aux régions voisines des organes génitaux.

Les trompes des deux côtés, en effet, étaient le siège de lésions anciennes, extrêmement dilatées et flexueuses, elles renfermaient un contenu caséeux.

Ovaires et utérus sains ; il en était de même de l'intestin et des ganglions mésentériques.

Conclusions. — 1° La tuberculose génitale chez un enfant aussi jeune est rare.

2° On sait que la péritonite tuberculeuse peut, chez l'enfant, comme chez l'adulte, être consécutive à la tuberculose génitale.

OBSERVATION IX

P. Maas. *Tuberculose utéro-annexielle et tuberculose péritonéale chez une enfant d'un an. Autopsie* (Arch. für Gynœk., 1896. Bd, 51, p. 359).

Autopsie d'une enfant d'un an. — Tuberculose de l'utérus et des trompes. Ascite. Tuberculose miliaire du péritoine.

Tuberculose généralisée.

OBSERVATION X

Schmitz. *Tuberculose viscérale et spécialement utéro-annexielle chez une enfant de vingt-deux mois* (Ueber die Bauch felltub. des Kinder. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1897, Bd. XLIV).

Petite fille de 22 mois.

Depuis deux mois le ventre commence à grossir ; diarrhée depuis trois semaines.

A l'entrée à l'hôpital, enfant anémique pesant 7560 grammes. Ventre considérablement augmenté de volume, tendu. A droite, on sent une tumeur ligneuse qui atteint le foie. Pas d'épanchement libre dans la cavité péritonéale.

Pas de diarrhée, plutôt constipation. Tantôt normale, tantôt un peu de fièvre.

Septième jour de l'entrée, laparotomie.

Agglutination des anses intestinales formant une masse unique ; dans les intervalles des nombreux foyers caséeux, pas d'exsudat liquide. Mort cinq jours après la laparotomie.

Autopsie. — Très peu de tubercules sur le péritoine.

Trompe gauche dilatée par des masses caséeuses, qui apparaissent au niveau de l'orifice abdominal.

Cavité utérine remplie de masses caséeuses; ici même, une ulcération tuberculeuse. Muqueuse intestinale saine.

Dégénérescence graisseuse du foie.

Rate ramollie, non augmentée de volume.

Les deux poumons présentent des petits foyers caséeux.

OBSERVATION XI

Mosler. *Métrosalpingite tuberculeuse chez une petite fille.*

Autopsie (Mosler, Die Tub. des weibl. Genitalien Inaug. Diss. Breslau, 1883).

Clara S..., 2 ans 1/2. Pleurésie scléro-fibrineuse et fibreuse chronique. Pneumonie catarrhale gauche, tuberculose pulmonaire droite. Péritonite chronique. Péri-salpingite fibreuse partielle tuberculeuse.

Les deux trompes sont fortement tuberculeuses, augmentées de quatre fois leur volume ordinaire, de couleur jaunâtre; toute la paroi n'est plus qu'une masse caséeuse.

Le péritoine qui les revêt montre quelques tubercules. L'utérus est légèrement grossi, rempli de matière caséeuse. Les deux ovaires ont subi la même dégénérescence.

OBSERVATION XII

Frerichs. *Tuberculoses viscérales multiples dont tuberculose utéro-annexielle chez une enfant de trois ans. Autopsie.* (Frerichs. Beitrœge zur Lehre von der Tuberk. Inaug. Diss. Marburg, 1882, p. 152).

Marthe R..., 3 ans. Péritonite tuberculeuse subaiguë, scléro-fibreuse. Pleurésie tuberculeuse, récente, droite. Tuberculose du

poumon, du foie, des reins, des trompes et de l'utérus. A l'ouverture du sac péritonéal, il s'écoule une grande quantité de liquide peu dense. La séreuse de l'intestin grêle de même que l'épiploon présentent une multitude de granulations jaunâtres, il en est de même du péritoine pariétal. Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume et caséeux à la coupe. Le rein et la rate sont tuberculeux.

Les ovaires sont petits, rudes au toucher, la constitution fibreuse.

Les trompes sont fortement flexueuses, noueuses surtout à leur partie abdominale. L'épithélium tubaire est transfermé en une masse caséeuse uniforme du côté droit. Du côté gauche, il est rempli de produits miliaires au-dessus desquels se voient de grandes granulations grises qui deviennent caséeuses vers la partie abdominale de la trompe.

OBSERVATION XIII

Mosler. *Métrosalpingite tuberculeuse chez une petite fille. Autopsie* (Mosler, Die Tub. d. Weibl. Genitalien Inaug. Diss. Breslau, 1883).

Marthe F..., 5 ans, angine et laryngite diphtérique légères, pleurésie, tuberculose double. Pneumonie caséeuse. Péritonite tuberculeuse. Endométrite et salpingite tuberculeuse. Il y avait du pus tuberculeux dans les trompes.

OBSERVATION XIV

Schmitz. *Tuberculose péritonéale et tuberculoses viscérales abdominales multiples dont métrosalpingite caséeuse* (Ueber die Bauchfelltub. der Rinder Jahrbuch f. Kinderhlikimde, 1897, Bd. XLIV).

Petite fille âgée de 9 ans.

A la fin de septembre 1892, l'enfant eut une crise aiguë avec

fièvre, douleurs abdominales, constipation. Depuis, le ventre commence peu à peu à augmenter de volume.

En mai 1893, rougeur autour de l'ombilic ; il se forme une tumeur du volume d'un pois, qui ne tarde pas à s'ouvrir et qui laisse échapper des matières fécales.

Entrée à l'hôpital le 15 juillet 1893.

Enfant très amaigrie ; ventre augmenté de volume, légèrement sensible à la pression.

Au niveau du bord inférieur de l'ombilic, fistule fécale, d'où s'écoule le contenu de l'intestin grêle.

On sent dans la cavité abdominale une tumeur ligneuse dont les limites se trouvent à une distance de trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic ; à ce niveau, matité. Adénopathie inguinale. Pas de fièvre.

Quinze jours après, opération. Laparotomie. Agglutination des anses intestinales. Partout des nombreuses nodosités jaunes, ligneuses, de la grandeur d'un pois. Omphalectomie. Iodoforme. Tamponnement. On laisse la paroi abdominale ouverte.

Dès le lendemain, apparition des matières fécales ; la petite malade succomba au cinquième jour après l'opération.

Autopsie. — Nodules sur le péritoine pariétal et viscéral, sur le foie, la rate, les intestins.

Tumeur perforante au niveau de l'iléon.

Ganglions mésentériques caséeux.

Muqueuse intestinale tuméfiée, sans lésions tuberculeuses. Poumon droit sain. A gauche, dilatation bronchique.

Utérus épaissi ; la cavité utérine dilatée est remplie d'un pus caséeux, la muqueuse est couverte d'une couche caséeuse adhérente.

OBSERVATION XV

Spaeth. *Tuberculose péritonéale par tuberculose annexielle.* Spaeth. (Ueber die Tuberk. d. Weibl. Genitalien. Inaug. Diss. Strassburg, 1885).

Femme de 35 ans, mariée depuis neuf ans. Mari mort de tuberculose. Deux accouchements normaux à la période où le mari fut encore bien portant, deux fausses couches après. Il y a quinze mois, la femme, jusque-là bien portante, est prise de fortes mémorragies, qui bientôt deviennent des hémorragies continuelles.

Il y a trois mois, elle subit un curettage et une colporraphie. Mais six jours après l'opération, l'abdomen commence à se tuméfier et dans les dernières semaines, elle éprouvait des douleurs continuelles dans le bas-ventre, surtout localisées à droite; en même temps diarrhée, fièvre, amaigrissement.

Examen. — Cœur, poumons normaux, tuméfaction du ventre, à droite, tumeur du volume d'une grossesse à cinq ou six mois. Légère ascite. Le toucher montre que la tumeur se continue avec les annexes droites; l'utérus est augmenté de volume en antéversion.

A gauche, on sent aussi une tumeur du volume d'une mandarine, plus mobile qu'à droite. Température vespérale 39°. Adénopathie inguinale.

Opération. — Tuberculose diffuse du péritoine viscéral et pariétal. La tumeur droite n'est autre chose que l'ascite enkystée entre les anses intestinales agglutinées d'une part et les annexes droites d'autre part; évacuation d'un liquide clair. On aperçoit alors les deux trompes et les ovaires représentés par deux tumeurs du volume d'une mandarine, recouverts de tubercules; la tumeur tubo-ovarienne droite se rompt et il s'écoule un pus

jaune verdâtre. La malade succomba trois mois après l'opération, de tuberculose généralisée.

OBSERVATION XVI

Hégar. *Tuberculose péritonéale consécutive à des lésions tuberculeuses ascendantes des voies génitales.* (Diagnostic et tra - tement de la tuberculose génitale de la femme. Stuttgart, 1886).

A..., 33 ans. Parents bien portants Mari en bonne santé. Trois enfants sains, d'autres enfants morts en bas âge de différentes maladies (diphtérie, pneumonie).

Bien portante dans sa jeunesse. Réglée à 13 ans 1/2 régulièrement. Règles peu abondantes pendant deux ou trois jours, revenant toutes les quatre semaines sans douleurs. Mariée à 21 ans : huit accouchements jusqu'à 32 ans. La sixième grossesse se termine prématurément : dernier accouchement en octobre 1884, se termine par une extraction manuelle du placenta. Retour de couches normal, six semaines plus tard, en même temps, douleurs dans le ventre. En décembre 1884, elle tombe malade subitement : température 40°. La malade garde le lit deux mois ; grande faiblesse. Les règles se suspendent trois mois, ensuite elles réapparaissent, mais avec douleurs. Au printemps 1885, toux fréquente avec expectation. Pendant l'été, elle garde fréquemment le lit. Août 1885, augmentation graduelle du ventre Douleurs, non seulement pendant les règles, mais dans l'intervalle. Ecoulement jaunâtre légèrement fétide ; sensation de tension dans le ventre. Fréquentes sueurs nocturnes. Janvier 1886, aspect de femme mal nourrie. Diminution légère de la sonorité au sommet, mais murmure vésiculaire normal. Pas de pleurésie, ni toux, ni expectoration. Ventre augmenté de volume, avec tous les signes d'un épanchement liquide

libre. Rien aux organes génitaux. Il s'écoule de l'utérus un liquide jaunâtre peu abondant. Curettage de l'utérus, recherche des bacilles négative. Urines troubles contenant du pus, des cellules épithéliales et du sang.

23 janvier 1886. — Incision sous-ombilicale. On enlève cinq ou six litres d'un liquide trouble, légèrement hémorrhagique, ne contenant pas de bacilles. Tout le péritoine pariétal et viscéral est criblé de tubercules miliaires. Le doigt introduit dans la plaie rencontre la vessie, l'utérus, les trompes et les ovaires un peu augmentés de volume et rugueux à leur surface.

Suites simples, la malade quitte la clinique en bon état.

4 mai 1886. — L'exsudat ne s'est pas reproduit, mais il y a des signes de phtisie pulmonaire évidente.

Hégar ajoute : Cette femme n'avait pas d'antécédents. A son huitième accouchement, l'extraction manuelle du placenta est nécessaire, et quelques temps après, on voit se produire, se développer une tuberculose génitale. Nous ne savons pas quel était l'état de santé du médecin, ou s'il avait été en contact avec des malades tuberculeux. La grande fréquence de cette affection rend la chose très possible.

Remarquez la marche de l'infection qui frappe successivement les organes génitaux, le péritoine, la plèvre et, beaucoup plus tard, les poumons.

(Rés. de Leuret d'après la thèse Derville).

OBSERVATION XVII

Faitout. *Péritonite tuberculeuse ascitique. Ovaire droit caséeux* (Bull. Soc. Anat., juin 1897).

Pièces de salpingo-ovarite tuberculeuse. Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, entrée dans le service de M. Nélaton, pour une péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Après évacuation, par la laparotomie, d'une assez grande quantité de liquide, M. Néla-

ton, suivant la pratique qu'il recommande, fit l'exploration du petit bassin, pour savoir si les ovaires ou les trompes n'étaient pas le point de départ de la tuberculose péritonéale. Les organes étaient parsemés de granulations, l'ovaire droit était complètement caséeux. Les deux trompes contenaient en abondance du pus tuberculeux.

OBSERVATION XVIII

Bouilly et Gorowitz. *Salpingite tuberculeuse et tuberculose péritonéale avec ascite chyleuse* (Thèse Gorowitz, Paris 1899-1900, p. 82). « De la tuberculose génitale chez la femme. »

Bau..., Juliette, 18 ans, entre au service le 30 juin 1892. Toujours bien réglée. Depuis deux mois environ a remarqué que son ventre grossissait en même temps qu'elle ressent quelques douleurs. Etat général bon.

Examen. — Ventre augmenté de volume, tendu ; fluctuation très nette. La matité existe partout, excepté dans les flancs, et ne change pas quand on fait coucher la malade sur le côté.

Pendant huit jours le ventre augmente rapidement de volume.

Opération le 19 juin. Dès l'incision du péritoine, issue d'une grande quantité de liquide chyleux (10-12 litres). Péritoine épaissi. Dans le petit bassin, sur le feuillet pariétal, nombreuses granulations qui n'existent pas à la partie supérieure de la cavité abdominale.

Le péritoine qui tapisse l'intestin est sain.

Trompe gauche couverte de granulations tuberculeuses. Ovaire à peu près sain.

Trompe droite également recouverte de granulations, et, à la coupe, on trouve dans l'intérieur des lésions de salpingite en même temps que des matières caséeuses, tandis qu'à gauche c'est plutôt la périsalpingite qui domine.

Drainage à la gaze iodoformée qui est supprimé quatre jours après. Vers le 24 juin, la température atteint 38 et 39°.

Réouverture du ventre, écoulement d'une grande quantité de sérosité, drain en caoutchouc. La température tombe dès le lendemain et la malade quitte l'hôpital le 15 juillet, en bon état de santé.

La guérison s'est maintenue, la malade a été revue à plusieurs reprises, longtemps après l'intervention.

OBSERVATION XIX

CAYLA. *Tuberculose des trompes. Péritonite. Autopsie* (Progres Méd., 1882, n° 31).

Autopsie d'une jeune fille de 22 ans.

Péritonite généralisée avec épanchement, foie hypertrophié avec dégénérescence graisseuse. Le péritoine pelvien est couvert de pseudo-membranes épaisses, grises, lardacées. Utérus normal, ligaments larges épaissis. Ovaires entourés d'une couche fibreuse épaisse. Les trompes tuméfiées contiennent une masse caséeuse.

OBSERVATION XX

I. HOMANS. *Tuberculose miliaire péritonéale avec ascite d'origine annexielle* (The Lancet, février 1888)

Jeune fille de 17 ans, institutrice. Bonne apparence de santé, mais un peu pâle cependant. Abdomen énorme; règles normales.

La malade se présente à l'hôpital en avril 1887 et raconte qu'elle a vu son ventre augmenter depuis un an, mais très

lentement et d'une façon continue; on pense à un kyste ovarique.

Laparotomie en avril 1887. L'écoulement du liquide laisse voir toute la cavité abdominale criblée de petites granulations (utérus, intestin, péritoine, les deux ovaires, les deux trompes en sont couverts).

Ablation d'une trompe et de son ovaire. Toilette soignée du péritoine. Tubes à drainage et sutures.

Les pièces furent examinées par le professeur Fitz qui affirma la tuberculose. On enleva le drain le troisième jour. La malade sortit guérie au bout de trois semaines.

21 décembre 1888. Le médecin de cette malade écrit à Homans que le ventre est de volume normal. Il n'y a pas de fièvre, pas de douleurs. L'appétit est bon. La malade bien qu'un peu faible, travaille et donne des leçons de musique.

(D'après la trad. donnée par Gorowitz).

OBSERVATION XXI

Chandelux. *Tuberculose péritonéale à forme ascitique consécutive à une tuberculose des trompes, chez une femme ayant des lésions tuberculeuses des poumons* (Th. Beauvignon), Nancy 1898. « De la salpingite tuberculeuse. »

Mme Ch..., 21 ans, entre le 31 mars 1897.

Aucun antécédent tuberculeux héréditaire.

Menstruation toujours très régulière et s'étant continuée ainsi depuis le mariage il y a dix mois.

A maigri depuis quelques mois. La santé se maintint bonne jusqu'au mois de février dernier, dernière époque à laquelle la malade constate que son ventre était plus dur et un peu plus volumineux. L'appétit néanmoins restait bon, et il n'était survenu ni douleurs abdominales, ni nausées, ni vomissements. L'augmentation du volume du ventre fit des progrès assez

rapides, si bien qu'il avait acquis des dimensions assez considérables quand la malade vint à l'hôpital.

A l'examen, le ventre est uniformément ballonné, douloureux à la pression, surtout à gauche ; la percussion dénote une ligne de matité à concavité supérieure, se déplaçant légèrement dans les décubitus latéraux. On perçoit nettement la sensation de flot.

Le toucher ne révèle aucune lésion utérine, mais le doigt provoque de la douleur sur les annexes des deux côtés. A l'examen thoracique, épanchements aux deux bases; aux sommets, respiration obscure et bruit d'expiration prolongée.

Chaque soir la température oscille entre 38° et 39°, tandis que le matin elle est normale.

Diagnostic. — Tuberculose péritonéale consécutive à une tuberculose tubaire, avec lésions tuberculeuses des poumons.

En raison de la prédominance des signes abdominaux sur les phénomènes pulmonaires et de l'apyrexie constatée tous les matins, l'intervention est proposée et acceptée, surtout en raison de l'état d'affaiblissement de la malade qui s'accentue de jour en jour.

6 avril. — Laparotomie : issue de 5 litres environ de sérosité citrine. Épaississement considérable de l'épiploon. Les trompes sont épaissies, rigides, en érection, recouvertes de granulations tuberculeuses En raison de la dissémination des lésions, elles ne sont point enlevées, et l'on ne pratique pas le décollement des anses intestinales. On introduit dans la cavité péritonéale une éponge imbibée de solution phéniquée à 50 pour 1000 de façon à arriver au contact de toutes les parties abordables et à exercer sur elles une friction un peu énergique.

Suites simples. La température vespérale diminue peu à peu. Lorsque la malade rentre chez elle le 22 avril, l'épanchement ascitique ne s'est point reproduit, l'épanchement pleural a presque disparu complètement, l'appétit est excellent et l'on doit espérer une guérison prochaine.

18 août 1897. — La malade peut être considérée comme guérie ; il n'existe plus aucun signe abdominal ou pleural.

OBSERVATION XXII

Chandelux. *Ascite tuberculeuse enkystée, symptomatique d'une salpingite tuberculeuse.* (Th. Beauvignon. Nancy, 1898. « De la salpingite tuberculeuse. »)

Mlle M. H..., vingt-quatre ans, lingère, entrée le 25 novembre 1890, morte le 27 mai 1891.

Père mort à soixante-sept ans, mère morte en couches.

Trois frères et sœurs morts tout jeunes d'affections inconnues. Un frère et une sœur bien portants. Pas de manifestations scrofuleuses dans l'enfance.

Excellente santé jusque il y a un an, où elle commence à se plaindre d'une sensation de brûlure profonde dans le petit bassin, sans douleur vraie. Depuis deux mois, sensation de douleurs fixes, sans irradiation du côté des lombes ou des membres inférieurs. Au bout d'une semaine environ, le ventre avait grossi presque jusqu'à atteindre le volume que l'on constate à l'entrée à l'hôpital.

L'abdomen présente une dilatation considérable, la tumeur est sensiblement sphérique, elle est mobile en masse, ne change pas de forme quelle que soit la situation de la malade. Les deux hypochondres sont libres. Tumeur tendue, résistante, matité sur toute la surface, sensation de flot facile à obtenir. Pas de douleur à la palpation.

Au toucher combiné avec la palpation on délimite une tumeur du volume du poing vers la partie latérale gauche de l'utérus.

Leucorrhée abondante.

Faciès très pâle, téguments très anémiés.

Grandes oscillations thermiques avec rémission matinale.

Diagnostic. — Tuberculose génitale avec ascite.

24 janvier. — Laparotomie. A l'incision du péritoine, issue de deux litres environ de liquide séro-purulent.

A l'exploration manuelle qui suit cette issue on trouve une grande cavité fermée de toutes parts et recouverte en différents points de nombreuses granulations tuberculeuses.

Drainage avec suture partielle, excision des deux trompes.

La malade succombe le 27 mai 1891 et à l'autopsie on trouve une tuberculisation généralisée.

OBSERVATION XXIII

Bouilly et Gorowitz. *Tuberculose péritonéale avec ascite. Double ovarite tuberculeuse.* (Th. Gorowitz. Paris 1899-1900. p. 87. « De la tuberculose génitale chez la femme. »)

Mme Bich..., vingt ans, entre le 4 décembre 1894 au pavillon Velpeau. Antécédents tuberculeux. Une sœur opérée par M. Routier pour péritonite tuberculeuse. Réglée à 14 ans, règles abondantes, durant huit jours, sans douleurs. A quinze ans vient à Paris ; depuis lors n'est plus réglée ; en même temps, ballonnement du ventre avec douleurs lombaires.

Mariée à 19 ans ; pas d'enfant, ni fausse couche.

Il y a cinq mois, sans cause appréciable, sans fièvre, sans douleurs, la malade a vu son ventre grossir très rapidement. Entre à l'hôpital à cause du volume excessif du ventre, qui la gêne, mais qui ne la fait pas souffrir. Température le soir, 39°.

Etat local. — Ventre gros de batracien, peau normale, sans circulation supplémentaire. La percussion dénote de la matité dans les deux flancs ; épanchement libre dans le ventre, fluctuation manifeste. Le toucher vaginal ne fait sentir rien d'anormal.

Etat général. — La malade a une santé en apparence excellente, elle mange bien. La nuit elle a des sueurs. L'auscultation des poumons révèle une respiration un peu rude aux deux sommets, mais pas de lésions très prononcées. Elle tousse un peu.

Diagnostic. — Ascite tuberculeuse.

Opération. — 8 décembre 1894. Laparotomie ; à l'ouverture du péritoine, il s'écoule environ 10 litres d'un liquide citrin. Le péritoine ne présente aucune granulation tuberculeuse, il est absolument sain. Les ovaires tuberculeux des deux côtés sont enlevés. Il existe quelques petites granulations sur le fond de l'utérus. Suture. Le lendemain, la malade tousse beaucoup, à l'auscultation on entend des râles fins de bronchite. La toux s'amende rapidement et trois jours après les symptômes de bronchite ont disparu.

Le huitième jour, les fils sont enlevés ; la malade se plaint de son ventre, il est un peu ballonné; ouverture de 3 centimètres sur la ligne d'incision : il s'écoule un peu de liquide citrin.

Drainage, pansement humide.

Le quinzième jour le drain est enlevé. La malade quitte l'hôpital le 26 janvier 1895, guérie.

Cette malade a été souvent revue, tout à fait guérie.

OBSERVATION XXIV

Bouilly et Gorowitz. *Salpingites tuberculeuses ; tuberculose péritonéale secondaire.* (Th. Gorowitz, Paris 1899-1900, p. 86. « De la tuberculose génitale chez la femme ».)

Philomène G.., vingt-deux ans, domestique, lit n° 21, pavillon Velpeau. Réglée à seize ans, toujours régulièrement, peu abondamment. En 1892, fièvre, douleur dans le côté droit de la poitrine. Pleurésie droite, pas de thoracocentèse ; actuellement, quelques frottements à la base. Pas d'autre maladie antérieure. En 1893 (au commencement de l'année), douleurs vagues dans le bas-ventre, qui est augmenté de volume. Pas de règles depuis cette époque. Les douleurs n'ont jamais été fortes.

Elle consulte, on fait le diagnostic de kyste de l'ovaire et on l'envoie à l'hôpital. (Entrée 21 juillet 1893).

Examen. — Ventre augmenté de volume, régulier, arrondi.

Légère quantité d'ascite qui varie d'un jour à l'autre. L'ascite n'est pas libre dans la cavité abdominale.

Douleurs assez vagues dans le ventre et variant d'un jour à l'autre. Deux points douloureux persistent cependant, nettement localisés au niveau des annexes. Foie, rate normaux. Rien au cœur ni aux poumons. Quelques troubles dyspeptiques Urines normales, facies pâle, amaigri.

La ponction avec le Potain ramène 100-150 grammes de liquide nettement ascitique.

Diagnostic. — Salpingite tuberculeuse et péritonite secondaire.

Laparotomie le 7 août, plan incliné. Evacuation d'un litre et demi de liquide ascitique. Granulations tuberculeuses sur le péritoine pelvien et intestinal. Plaque tuberculeuse du volume d'une pièce de deux francs sur le péritoine pariétal. Les anses intestinales, faiblement adhérentes au petit bassin, sont réclinées à l'aide de compresses. Annexes volumineuses des deux côtés, extirpées après ligature du pédicule à la soie, suture de la paroi.

Examen des pièces. — Lésions prononcées des deux annexes et identiques des deux côtés; ovaire augmenté de volume, surmonté d'une trompe, fortement hypertrophiée et remplie d'un pus caséeux. La trompe flaxueuse coiffe l'ovaire comme l'épididyme coiffe le testicule.

Suites opératoires, simples. — La malade sort le 2 septembre en bon état de santé. Ventre souple, pas d'ascite.

Revue plusieurs fois après l'opération, restée parfaitement guérie.

OBSERVATION XXV

Boulay et Gorowitz. *Péritonite tuberculeuse ascitique avec lésions annexielles tuberculeuses primitives.* (Th. Gorowitz, Paris 1899-1900, p. 84. « De la tuberculose génitale chez la femme. »

B. L ., vingt-deux ans, entrée dans le service de M. Bouilly, le 19 novembre 1899 : toujours bien réglée, mariée à dix-huit ans, un accouchement avant terme en 1898. Depuis cette époque, douleurs dans le bas-ventre, n'empêchant pas la malade de continuer son travail. Depuis six mois, son ventre a beaucoup grossi et elle vient à la consultation de la Maternité afin de savoir si elle n'était pas enceinte.

Examen. — Etat général bon. Ventre augmenté de volume, paraissant contenir un kyste peu tendu, siégeant exactement sur la ligne médiane au niveau de l'ombilic, séparé du foie par une zone nette, d'autre part, séparé du pubis par une notable intervalle.

Cette collection ne forme pas tumeur à proprement parler, à cause de sa faible tension. D'autre part ce kyste paraît se continuer dans le flanc gauche ; mais l'examen combiné montre qu'en réalité il existe là une autre tumeur. Celle-ci, du volume d'un gros œuf, adjacente au kyste, en semble cependant indépendante et doit être considérée comme une collection salpingienne.

Le diagnostic porté était : kyste du mésentère et pyosalpinx gauche.

Laparotomie le 20 novembre. Pas d'adhérences pariétales. Anses intestinales très adhérentes les unes aux autres. Après décollement de quelques-unes d'entre elles, on voit qu'il n'existe pas de tumeur dans la partie supérieure du ventre, mais que la sensation était donnée par un paquet d'anses intestinales adhérentes les unes aux autres. De trop grandes difficultés empêchent d'arriver sur les annexes gauches ; elles sont laissées en place.

A la suite de cette laparotomie, M. Bouilly fut d'avis qu'on s'était trouvé en présence d'une péritonite tuberculeuse consécutive à des lésions tuberculeuses des annexes.

Suites opératoires simples.

Quelques mois après, la malade est revue guérie.

OBSERVATION XXVI

Bouilly et Gorowitz. *Tuberculose péritonéale ascitique. Lésions annexielles tuberculeuses* (Thèse Gorowitz. Paris, 1899-1900, p. 83. « De la tuberculose génitale chez la femme ».)

P..., âgée de 18 ans, entre à l'hôpital Cochin, pavillon Velpeau, le 8 novembre 1893. Pas d'antécédents tuberculeux.

Toujours bien portante dans l'enfance.

Réglée à 12 ans, régulièrement, durant huit jours, sans douleurs.

En septembre 1893. — Pleurésie qui dure deux mois.

En mai 1893. — La malade s'aperçoit que son ventre commence à grossir; elle y éprouve des douleurs violentes.

L'état général reste bon malgré une légère diminution de l'appétit. On la soigne pour l'anémie. Enfin elle entre en novembre à l'hôpital.

Diagnostic. — Ascite. Péritonite bacillaire.

Laparotomie, le 18 novembre 1893. — Évacuation d'une grande quantité de liquide ascitique franc. Granulations tuberculeuses sur tout le péritoine, notamment en grande abondance sur les annexes, qui sont franchement tuberculeuses. Extirpation des annexes.

Au bout de trois semaines, ulcération de dedans en dehors au niveau de la cicatrice; cautérisation au thermocautère. 1er février, pleurésie gauche, thoracentèse, 1 litre.

11 février. — Thoracentèse, 3/4 de litre.

La fièvre, qui était de 39°, diminue, et le 14 février elle a 37°. L'état général redevient bon.

Cicatrisation lente de la paroi abdominale.

La malade a eu ses règles quatre fois depuis l'opération (deux fois dans le même mois; en janvier).

14 mars 1894. — A sa sortie, ventre partout souple et indolent, sans aucune reproduction de liquide.

Depuis cette époque, on a eu plusieurs fois des nouvelles de cette malade ; elle est restée complètement guérie. Elle vit à la campagne (guérison datant de sept ans).

OBSERVATION XXVII

Wyder. *Tuberculose pelvi-annexielle avec ascite.* (Corresp. blætt für Schweiger Aersh, nº 24, p. 759).

X..., 22 ans, vierge. Les règles cessent en décembre 1888, puis, le ventre augmente peu à peu ; pas de douleur, amaigrissement considérable. Circonférence du ventre : 93 centimètres. Fluctuation nette, la tumeur n'est pas limitée. Matité générale sauf au niveau des deux côlons. Le décubitus latéral ne modifie pas la matité.

Rien aux poumons. Dans les culs-de-sac postérieur et droit, on sent des bosselures non mobiles.

Laparotomie. — Grande quantité de liquide visqueux venant d'une cavité à parois épaisses, formée par le péritoine épaissi. Dans le fond, masses dures, bosselées, accolées à l'utérus. Marsupialisation. Plusieurs mois plus tard, fistule stercorale. La malade ne va cependant pas mal.

Rien aux poumons.

(D'après le C. R. de la *Rev. de Hayem*, vol. 36, p. 256).

OBSERVATION XXVIII

Ojemann. *Salpingite kystique tuberculeuse. Tuberculose péritonéo-épiploïque avec ascite.* (Ojemann. Dios. Inaug. Tubingen, 1897). « Genital tuberkulose der Weibes ».

A. L..., 26 ans, pas de grossesse, pas de fausse couche. Bien réglée, sans douleur, trois ou quatre jours.

Dernière fois en novembre 1896.

Depuis un mois, accroissement du ventre, surtout à gauche. Amaigrissement. Pas d'antécédents tuberculeux.

Actuellement, la malade est maigre : habitus tuberculeux. Circonférence de l'abdomen, 96 centimètres.

Diagnostic. — Kyste du côté gauche. Utérus très haut, rétrofléchi. Paramétrium douloureux. Le toucher rectal montre, à côté de l'utérus, un corps gros comme une prune, accolé à l'utérus.

28 décembre. — Température 38°,2. Pleurésie droite.

1er février. — Ascite.

15 février. — Ponction. On sent des noyaux durs dans le ventre. Le Douglas est plein de nodosités et de masses de différents volumes.

Autopsie le 4 mars 1897. — Tuberculose du péritoine et de l'épiploon. Ascite un litre.

Le péritoine est recouvert de granulations innombrables allant jusqu'au volume d'une petite cerise. Adhérences nombreuses entre les anses intestinales.

Utérus normal. Granulations sur tout le péritoine du petit bassin. Ovaire droit kystique. Ovaire gauche normal.

Trompe gauche grosse comme une saucisse, contenant du pus épais.

La trompe droite épaissie sur une petite longueur.

Examen histologique : Utérus sain.

Les extrémités laissent à peine passer un très fin stylet. Paroi très épaissie. La muqueuse est détruite complètement, la seconde musculaire est conservée. Elle est infiltrée de petites cellules, au milieu desquelles on trouve des cellules géantes.

Le revètement péritonéal est épaissi et infiltré. Les nodosités de la surface péritonéale sont comprises en partie dans la trompe, en partie dans le péritoine.

Pas de bacilles Ovaires sains. Dans la paroi intestinale, le processus s'étend jusqu'à la musculeuse.

Donc, tuberculose primaire de la trompe, infection péritonéale et enfin infection pleurale.

(D'après la trad. Leuret).

OBSERVATION XXIX

Bouilly et Gorowitz. *Annexite tuberculeuse bilatérale. Tuberculose propagée au péritoine* (Th. Gorowitz. Paris 1899-1900, p. 88 « De la tuberculose générale chez la femme »).

Clotilde ..., 27 ans, entre le 29 janvier 1894. Réglée à 17 ans, très irrégulièrement, cinq à six jours.

A 25 ans, premier enfant. Bronchite au cours de la grossesse ; accouchement à 8 mois. Enfant mort.

Au mois de juillet 1893, la malade s'aperçoit que son ventre grossit tout d'un coup; malgré cela toujours bien réglée. Il y a un mois, pertes blanches assez abondantes, pas de douleurs.

État actuel. — A l'examen, ventre gros, non étalé, fluctuation, matité à la partie supérieure, sonorité sur les côtés, ce qui fait supposer que les anses intestinales sont retenues à la paroi par des adhérences.

Au toucher, utérus normal, annexes peu sensibles, non douloureuses.

Auscultation du poumon : inspiration rude, expiration prolongée.

Opération le 3 février 1894.

Laparotomie. — On tombe sur un péritoine épaissi; après ouverture on rencontre une fausse membrane épaisse, limitant en avant une cavité pleine de liquide séreux. Anses intestinales adhérentes entre elles et à la paroi, recouvertes de tubercules miliaires.

Annexes adhérentes; annexes droites extirpées. Trompe gauche arrachée et rompue: il s'écoule un pus verdâtre.

Lavage soigneux du péritoine et fermeture.

L'examen de la pièce montre macroscopiquement des lésions très nettes de tuberculose au niveau de la trompe gauche, des lésions moins avancées au niveau de la trompe droite.

Suites opératoires. — Suppuration abondante dans la profondeur. Drainage. Inoculation tuberculeuse de la plaie superficielle.

La malade quitte l'hôpital en bon état. La plaie n'est pas encore tout à fait fermée ; suppuration insignifiante.

La malade est revue le 1er juin 1898, quatre ans et demi après l'opération : état de santé excellent.

Légère congestion au niveau de la cicatrice à l'époque des règles.

Au toucher, cul-de-sac libre, utérus mobile.

Menstruation régulière.

OBSERVATION XXX

Kotschau. *Annexite tuberculeuse. Tuberculoses péritonéale et pleuro-pulmonaire consécutives* (Archiv. f. Gyn. Bd. 31, 1887).

X..., 45 ans, souvent malade dans sa jeunesse. Réglée à 15 ans 1/2, régulièrement. Mariée à 26 ans, cinq grossesses. Hystérique. Mari bien portant. Depuis quatre ans, douleurs de ventre ayant débuté à droite. Abdomen augmentant de volume, puis diminuant. Il y a deux ans, pleurésie, bronchite.

Règles irrégulières depuis plusieurs années, et très douloureuses, disparues depuis un an. Depuis ce moment, douleurs violentes du bas-ventre. Constipation opiniâtre, métrorrhagies profuses, plus d'appétit ni de sommeil.

Examen. — Pas d'ascite. Utérus rétrofléchi, augmenté de volume. A droite de l'utérus, tumeur ferme, douloureuse, quelque peu fluctuante, grosse comme une pomme.

Diagnostic. — Tumeur de l'ovaire droit, vraisemblablement

maligne. Laparotomie. Impossibilité d'enlever la tumeur. Mort.

Autopsie. — Tuberculose génitale ancienne, point de départ, trompe droite.

Salpingite tuberculeuse, endométrite.

Péritonite enkystée. Tuberculose secondaire du poumon droit. Pleurésie bilatérale. Trompe gauche augmentée de volume. La cavité renferme une masse glaireuse. La trompe droite, partout épaissie, montre des lésions plus avancées. Son extrémité se perd en une tumeur grosse comme un œuf de poule, adhérent à l'aileron. Cette tumeur contient des matières caséeuses.

La paroi de la trompe est très épaissie.

La trompe gauche montre quelques altérations de sa muqueuse à son extrémité abdominale. La muqueuse y montre quelques granulations. Sur une coupe, on voit la musculeuse infiltrée aussi de cellules jeunes, parmi lesquelles quelques cellules géantes. La séreuse des trompes montre une infiltration de petites cellules.

La trompe droite montre les mêmes lésions.

Dans la muqueuse utérine, mêmes lésions avec cellules géantes.

(D'après la trad. de Leuret).

OBSERVATION XXXI

Gombault. *Tuberculose péritonéale ; tuberculose ancienne des trompes de l'ovaire droit et de la cavité du corps utérin ; tuberculose pulmonaire récente* (Gombault cité par Cornil. Journ. des Conn. Méd., 1888, p. 227).

La nommée L..., âgée de 78 ans, entre à l'infirmerie d'hospice d'Ivry le 30 avril, cachectique, amaigrie et gâteuse. Pendant les dix jours qu'elle reste à l'infirmerie elle a une fièvre qui oscille entre 38° et 40°. Elle meurt le 9 mai.

A l'autopsie, on constate que le péritoine est le siège d'une éruption très abondante de granulations d'un jaune rosé nullement caséeuses, sans adhérences des anses intestinales et sans épanchement.

Cette éruption est surtout abondante du côté du petit bassin où les organes sont soudés les uns aux autres. En arrière de la vessie dont la muqueuse est saine, on tombe sur une cavité du volume d'une petite orange remplie par un liquide glaireux, jaune-verdâtre, contenant de très nombreux grumeaux tout à fait jaunes. Une fois le liquide enlevé, on voit qu'elle est tapissée à sa face interne par une fausse membrane jaune, pulpeuse, très analogue à celle qui tapisse la surface des cavernes pulmonaires. Cette cavité est bien évidemment la cavité utérine. La paroi qui la limite n'est autre que la paroi de l'utérus très amincie (1 à 2 millimètres d'épaisseur). Elle contient sur un point un myôme interstitiel d'aspect caractéristique, du volume d'une petite amande. L'utérus ainsi distendu est devenu globuleux, son bord supérieur s'est arrondi, mais il donne insertion de chaque côté à deux cordons du volume d'une plume d'oie et qui sont manifestement les trompes. A sa partie inférieure, on trouve le col dont les dimensions sont normales et la cavité est remplie de mucus et saine. Le vagin est sain.

Le cordon qui représente la trompe gauche renferme de la matière jaune dans son intérieur et aboutit à un ovaire kystique enserré de tous côtés par des néo-membranes filamenteuses. Les kystes de cet ovaire sont remplis de liquide clair: leurs parois sont minces et parfaitement lisses.

La trompe droite est beaucoup plus volumineuse que la gauche; elle est bosselée, contient des masses jaunes dans ses parois et dans sa cavité élargie qui aboutit à un corps ovalaire du volume d'un œuf de pigeon qui est l'ovaire et dans lequel une section longitudinale montre des cavités, les unes semblables à celles qui se rencontrent dans l'ovaire gauche; les autres renfermant un magma jaune caséeux et dont les parois devenues très épaisses sont constituées par cette même matière jaune infiltrée.

Le foie, la rate, les reins ne renferment pas de tuberculose, mais les deux poumons présentent des lésions tuberculeuses assez étendues. L'examen histologique et bactériologique du muco-pus contenu dans l'utérus a montré une quantité énorme de bacilles de la tuberculose. Il y en avait de 10 à 20 dans chaque champ du microscope à 400 diamètres. Ces bacilles étaient souvent en amas et un peu granuleux, comme on les rencontre dans certains spécimens de crachats.

OBSERVATION XXXII

E. Walther. *Salpingo-ovarite droite ; péritonite tuberculeuse généralisée post-opératoire* (Trans. Path. Soc. London, 1888-89, t. XI, p. 210).

Dès l'âge de quinze ans, douleurs pelviennes suivies d'évacuations purulentes par l'anus. En même temps la malade s'aperçut d'une grosseur à la partie inféro-latérale droite de l'abdomen. Jusqu'à l'âge de 30 ans, elle ne garda jamais le lit : c'est à ce moment qu'elle entra à l'hôpital Saint-Thomas.

On trouva une tumeur rétro-utérine et de très gros ganglions au niveau du cou.

On fit la laparotomie et on enleva l'ovaire et la trompe droite qui formaient une masse unique et adhérente.

La malade mourut le quatrième jour. L'autopsie révéla une péritonite généralisée et une tumeur siégeant dans le cul-de-sac de Douglas et faisant saillie dans le rectum. Il n'y avait pas d'autre tuberculose, si ce n'est les ganglions du cou.

La cavité qui contenait l'ovaire mesure cinq centimètres de long sur près de quatre de large. Cette cavité a des parois complètement lisses qui acquièrent une grande épaisseur au niveau de la trompe.

Une coupe microscopique de l'ovaire montre que son augmentation de volume est due à l'infiltration tuberculeuse. On

trouve en abondance des follicules tuberculeux et des cellules géantes. Des coupes microscopiques de la trompe montrent aussi des tubercules avec cellules géantes.

Vu l'état avancé de la maladie, il est impossible de dire quel en a été le point de départ. Il est probable que c'est l'ovaire puisque c'est l'organe le plus altéré.

Au dire de Walther, dans le cours de l'année 1887, Stattock aurait, sur plusieurs pièces de l'hôpital Saint-Thomas, constaté au microscope la tuberculose ovarienne.

OBSERVATION XXXIII

Bouilly et Gorowitz. *Annexite tuberculeuse bilatérale pelvi-péritonite. Hystérectomie vaginale.* (Th. Gorowitz, Paris, 1899-1900, p. 84. « De la tuberculose génitale chez la femme. »)

G. M..., 21 ans, entre dans le service de M. Bouilly, le 16 novembre 1899, pour des douleurs dans le bas-ventre et des pertes vertes.

Réglée à 16 ans, jamais régulièrement, tous les deux, trois mois. Accouchement il y a dix-neuf mois, fausse-couche de trois mois il y a six mois ; c'est depuis cette époque que la malade souffre du ventre. Toujours couchée, elle n'a pu reprendre son travail.

Les douleurs sont continuelles jour et nuit ; quelquefois le ventre se ballonne. Elle n'a eu ses règles qu'une seule fois, il y a trois mois, mais elle perd continuellement en rouge et en blanc.

A l'examen, fait le 24 novembre, on trouve l'utérus mobile fortement incliné en latéro-version droite. Commençant sur le bord gauche de l'utérus, mais très nettement séparé par un sillon, on sent une tuméfaction régulière déprimant le cul-de-sac

gauche, faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur, qui n'est pas comblé, et remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale ; tumeur immobile, adhérente, très douloureuse, à parois épaisses et résistantes à travers lesquelles on soupçonne une petite quantité de pus. Derrière le col, on sent un cordon noueux, qui semble être la trompe droite atteinte de salpingite interstitielle. L'auscultation des poumons fait constater une induration du sommet gauche.

27 novembre. — Hystérectomie vaginale.

Incision circulaire de la muqueuse du col ; décollement antérieur et postérieur. Hémisection antérieure du corps de l'utérus, qui s'abaisse avec beaucoup de difficulté, retenu qu'il est par des adhérences solides, surtout du côté gauche.

On peut extraire avec le corps utérin la totalité des annexes gauches et droites. Hémostase relativement facile, deux pinces de chaque côté. Suture du dôme vaginal avec un point de catgut, qui n'a pas seulement opéré la réunion des deux tranches vaginales, mais arrête aussitôt un suintement sanguin assez abondant au niveau de la tranche vaginale postérieure.

Suites normales : température oscillant entre 37°, 37°,2.

Pinces enlevées sans accident quarante-huit heures après l'opération.

La malade sort le 1er janvier entièrement guérie.

Examen de la pièce. — Elle comprend l'utérus et les annexes des deux côtés.

L'utérus, augmenté de volume, présente des lésions de métrite parenchymateuse.

La trompe droite est très peu augmentée de volume dans sa moitié interne. Sa partie externe présente une dilatation bosselée du volume du pouce. La séreuse péritonéale en rapport avec la trompe présente un semis de granulations blanchâtres donnant tout à fait l'idée de granulations tuberculeuses en voie de caséification ; c'est surtout au niveau du pavillon tubaire qu'il existe une grande accumulation de ces tubercules. A la coupe, les parois de la trompe présentent une hypertrophie molle non

scléreuse. La muqueuse paraît saine, un peu de sérosité rougeâtre dans l'intérieur de la trompe.

Ovaire droit. — Un peu augmenté de volume, son albuginée est très épaissie. A la coupe, l'organe apparaît entièrement scléreux; petits kystes.

Annexe gauche. — Grande analogie avec le côté droit. Même semis de granulations blanchâtres sur le péritoine et sur les ligaments larges, avec maximum au niveau du pavillon.

Dilatation du tiers externe de la trompe par hypertrophie et infiltration des parois par des tubercules de même aspect que ceux disséminés sur le péritoine.

Ovaire gauche. — Volume d'une grosse noix ; son albuginée est parsemée de petits tubercules blanchâtres. Au niveau du pôle externe de l'ovaire, l'albuginée est recouverte par une fausse membrane d'aspect caséeux. A la coupe, l'ovaire est transformé en une grande poche remplie de pus caséeux verdâtre.

OBSERVATION XXXIV

Terrier et Guillemain. *Salpingo-ovarite tuberculeuse gauche. Péritonite tuberculeuse généralisée.* (Guillemain. La tuberculose de l'ovaire. Rev. de Chir., 1894, p. 995.)

L..., 28 ans. Père mort d'une tuberculose laryngée probable, un frère mort à 19 ans avec un mal de Pott, une sœur morte à 3 ans de convulsions ; la mère et un autre frère sont vivants et bien portants.

Réglée à 12 ans, jamais de leucorrhée. Mariée à 18 ans. Au bout de six mois de mariage, après un retard de deux mois, perte de sang abondante avec coliques : c'était probablement un avortement. Depuis lors, santé parfaite, menstruation régulière, mais stérilité absolue; plusieurs médecins ont pratiqué

l'examen, mais n'ont rien constaté d'anormal du côté des organes génitaux.

Au début d'octobre 1873, la malade ressentit des douleurs violentes dans le bas-ventre et les reins sans prédominance d'un côté plutôt que de l'autre. Exacerbation pendant la marche et la défécation. Chaque soir, mouvement fébrile, les règles qui devaient venir du 17 au 20 manquent.

A la fin d'octobre, les douleurs deviennent plus aiguës et se localisent à gauche, en même temps qu'apparut une tuméfaction douloureuse dans le cul-de-sac latéral correspondant.

Le 13 novembre. — M. le Dr Berlin (de Nice), à qui nous devons la première partie de l'observation jusqu'au 15 janvier 1894, voit la malade pour la première fois.

Il constate un utérus peu mobile, refoulé à droite et en avant par une tuméfaction située à gauche et en arrière, adhérente à son bord gauche, effaçant le cul-de-sac latéral correspondant. La malade est soumise au repos absolu au lit avec injections vaginales très chaudes. La température est de 37° le matin, de 39° le soir.

La tumeur augmente chaque jour, bombant dans le vagin et remontant du côté de l'abdomen à peu près à mi-chemin de l'ombilic.

24 novembre. — Compression et aplatissement du rectum qui est rendu imperméable au doigt. Douleurs vives par le toucher et même spontanément. La malade n'ose ni se mouvoir dans son lit, ni tousser, ni faire le moindre effort tant elle souffre.

Opération le 1er nécembre par M. Berlin. Il incise le cul-de-sac de Douglas, libère les adhérences périannexielles gauches, décortique et mobilise les annexes et la tumeur disparaît. Drainage et tamponnement à la gaze iodoformée.

Vomissements chloroformiques pendant quarante-huit heures. La température qui, avant l'opération, montait chaque soir à 39°, tombe à la normale.

4 décembre. — Retrait du tamponnement iodoformé, qui est remplacé par un gros drain.

7 décembre. — Suintement nul, ablation du drain, simple tamponnement vaginal.

15 décembre. — Élévation de la température à 39°, issue par le vagin d'une cuillerée à café de pus fétide. Depuis l'opération, soulagement notable, douleurs bien moins vives. La tumeur, qui avant l'opération, atteignait le volume d'une grosse tête de fœtus, ne se perçoit plus que dans le cul-de-sac de Douglas, sous forme d'une masse empâtée à peine douloureuse au palper bimanuel, du volume d'un gros œuf de poule.

27 décembre. — Issue par le vagin de gaz, de quelque détritus d'aspect et d'odeur fécaloïde, indiquant la formation d'une fistule stercorale.

30 décembre. — M. Terrier voit la malade pour la première fois : il y a issue franche de matières stercorales par le vagin. Le régime suivant est institué : pour toute alimentation, du lait. Benzonaphtol, 1 gramme par jour, irrigation vaginale à l'eau phéniquée et rectale à l'eau boriquée. Les règles viennent normalement du 6 au 10 janvier.

12 janvier. — L'écoulement de matières fécales par le vagin devient de plus en plus abondant. Après les préparatifs d'usage (désinfection du tube digestif, du vagin, du rectum) la malade est opérée à Paris, le 22 janvier, par M. le professeur Terrier que nous assistons.

Laparotomie médiane. A l'ouverture du ventre, on constate que le péritoine est recouvert dans toute son étendue, avec prédominance dans la région pelvienne, par une éruption abondante de granulations tuberculeuses.

La recherche des annexes gauches est assez laborieuse, car il faut séparer les anses du grêle qui adhèrent entre elles et à l'S iliaque. Cela étant fait, on tombe sur une tumeur du volume d'un œuf de poule, d'aspect jaunâtre, ramolli et caséeux en certains points. La décortication se fait avec peine, et quand elle est terminée, une ligature de chaîne est placée aussi près que possible de l'utérus et le pédicule sectionné.

La cavité anfractueuse occupée par la tumeur, saigne en

nappe : elle est bourrée par une mèche de gaze iodoformée, laquelle ressort à la partie inférieure de la suture de la paroi, qui est faite à trois étages.

Suites. — Le soir, la malade va bien, 37°, elle urine seule, a quelques vomissements, prend des grogs.

23 janvier. — Les vomissements continuent, la malade se plaint de violents maux de tête, elle est abattue, somnolente.

24 janvier. — La malade présente les mêmes signes qu'hier, mais plus accentués, vomissements fréquents, maux de tête, état demi-comateux. Oligurie, 450 grammes d'urine seulement.

Pansement, diminution de la mèche iodoformée, pas de ballonnement, pas de douleurs abdominales, rien n'indiquant une péritonite.

25 janvier. — La malade meurt ayant présenté jusqu'à la fin des vomissements. La température est toujours restée à 37°,5, le 23 janvier au soir seulement elle atteint 38°.

L'autopsie n'a pu être faite, néanmoins tout porte à croire que la malade a succombé à une méningite tuberculeuse.

Examen de la pièce. — On sépare assez facilement la trompe de l'ovaire. La trompe, saine dans son tiers interne, est considérablement augmentée de volume dans ses deux tiers externes. Les parois sont épaissies et à la coupe sont parsemées de foyers tuberculeux, les uns encore durs, les autres ramollis. Le pavillon est oblitéré, en partie détruit et fusionné avec l'ovaire. Cet ovaire du volume d'une grosse noix, a une surface irrégulière, trace des adhérences qu'il avait contractées avec la trompe et l'intestin. A la coupe, on trouve dans son intérieur deux abcès, ayant environ chacun le volume d'une noisette. Leur pus est séreux avec des grumeaux caséeux. Leur paroi est tapissée par une membrane fongueuse en tout semblable à celle des abcès froids. Elle se laisse facilement racler avec le scalpel.

Examen histologique. — Fait par MM. Cornil, Toupet et Ségall. La trompe présente les lésions classiques de la salpingite tuberculeuse. Sur des coupes (figure I) (voir le chapitre de

l'anatomie pathologique) faites en dehors de l'abcès et comprenant la couche ovigène et la couche médullaire, on retrouve la séparation très nette de ces deux couches.

La couche médullaire n'est pas envahie du tout par le processus tuberculeux, seulement les artères hélicines présentent un degré d'endartérite proliférante surtout très marquée au niveau des artères de moyen calibre. Leur tunique interne est très épaissie, mais sur une partie seulement du calibre de l'artère. Dans certains vaisseaux, cette tunique est aussi épaisse que l'ensemble des deux autres : il y a là un processus assez analogue à celui que l'on trouve dans les artères syphilitiques.

A côté des vaisseaux, on trouve du tissu conjonctif et des faisceaux de fibres lisses coupés les uns perpendiculairement, les autres obliquement, d'autres suivant leur longueur : il n'y a dans cette couche médullaire aucun processus inflammatoire.

La couche ovigène légèrement épaissie se confond sans ligne de démarcation avec la couche médullaire. A la périphérie elle est limitée par un contour régulier présentant des sinuosités arrondies analogues à celles que l'on trouve normalement à la surface de l'ovaire. Quand on examine cette couche dans son ensemble, on ne trouve nulle part de follicules de Graaf. Ils semblent remplacés par de petits amas arrondis d'éléments embryonnaires. En certains points, ces amas sont ramollis à leur centre, où ils présentent un espace clair occupé par des débris de cellules mortifiées ; enfin, dans certains amas, on trouve des cellules géantes extrêmement volumineuses, de sorte qu'on croirait volontiers qu'à la vésicule de Graaf s'est substitué un follicule tuberculeux, l'ovule ayant été remplacé par une de ces grosses cellules géantes dans lesquelles on pourrait compter jusqu'à 25 ou 30 noyaux.

A la périphérie on trouve des vaisseaux très dilatés contenant les uns des globules, les autres des cellules géantes développées ou en voie de développement.

Il est difficile de dire aux dépens de quels éléments se sont formés les follicules tuberculeux. La présence de cellules

géantes dans les vaisseaux indique qu'un certain nombre sont certainement d'origine vasculaire. D'un autre côté, il est possible et même probable que nombre de follicules se sont développés dans les vésicules de Graaf ; pour pouvoir affirmer ce dernier fait, il faudrait qu'il y eût des vésicules de Graaf encore reconnaissables à la présence soit de la membrane d'enveloppe, soit d'un ovule, et qu'on pût suivre pas à pas les différentes transformations de ces vésicules en follicules tuberculeux.

Quand on examine à un fort grossissement, on voit que la périphérie de l'ovaire est revêtue comme à l'état normal d'une couche continue d'épithélium cubique. Quant au stroma de la couche ovigène, il est formé de faisceaux fins et peu nombreux de tissu conjonctif au milieu desquels se trouvent des éléments embryonnaires : en résumé, cette couche ovigène ressemble assez bien à une paroi l'abcès froid infiltrée de follicules tuberculeux. Ce qui permet d'affirmer qu'il s'agit bien de la couche ovigène, c'est d'abord la présence au-dessous d'elle d'une couche médullaire presque normale, puis sa délimitation à la périphérie par une couche épithéliale cubique.

L'examen bactériologique (fig. II) a permis de déceler soit dans les cellules géantes, soit dans les cellules épithéloïdes avoisinantes, des bacilles tuberculeux très nets.

OBSERVATION XXXV

J. Darier. *Tuberculoses multiples de la peau des muqueuses des viscères. Salpingite tuberculeuse* (Bull. de la Soc. anat., 14 février 1890, p. 87) (Rés.).

La nommée Bru... Anaïs, 26 ans, journalière, entre le 5 septembre 1889 dans le service de M. le professeur Fournier, pour un lupus ulcéré de l'aile droite du nez. Le lupus a déjà rongé le bord de la narine, qui est détruite sur une hauteur de 2 à 3 mil-

limètres. On n'a recueilli que peu de renseignements sur les antécédents de cette malade. Elle n'est pas amaigrie, ne tousse pas; elle a eu trois enfants, dont deux sont morts; celui qui survit est âgé de 7 ans. Elle souffre habituellement et depuis une époque impossible à déterminer, d'une constipation opiniâtre; elle ne va à la selle qu'à l'aide de lavements et en prenait jusqu'à six par jour.

Mais la malade se plaignait continuellement de coliques avec point épigastrique et d'une violente douleur dans l'hypocondre droit, au-dessous du foie. On ne trouvait rien à la palpation. Les douleurs revenaient par crises et s'accompagnaient ordinairement d'une constipation complète; les cataplasmes, les lavements et de légers purgatifs soulageaient un peu la malade et amenaient de véritables débâcles. Il y a eu, pendant le séjour de la malade dans le service, au moins une douzaine de crises semblables; elles duraient deux ou trois jours, puis l'amélioration survenait avec la débâcle; cependant il restait une douleur sourde et profonde continuelle. Bien qu'il n'y ait jamais eu de sang dans les selles, M. Feulard pensa qu'il s'agissait d'entérite tuberculeuse ou plutôt d'entéro-péritonite localisée avec formation de brides comprimant l'intestin par places.

Ces symptômes persistèrent jusqu'à la fin, le ballonnement abdominal ne fut pourtant jamais très considérable, sauf le dernier jour; le ventre était si sensible que la malade ne pouvait supporter le poids de ses couvertures; les selles ne furent pas complètement supprimées, mais ne se produisaient qu'à la suite de plusieurs lavements successifs; les matières étaient fétides; les vomissements n'étaient pas très fréquents, mais très abondants. Le 8 janvier, la malade rendit deux cuvettes de liquide porracé de mauvaise odeur. Pas de fièvre, la température oscillait de 36,°4 à 37,°8; pouls très petit, misérable, facies grippé, nez pincé, sueurs abondantes, urines rares, refroidissement des extrémités. La malade mourut tranquillement et sans avoir perdu connaissance, le 10 janvier, à 5 heures du soir.

Autopsie (41 heures après la mort). — Rigidité cadavérique;

pas de signes de putréfaction. Femme bien conformée, petite, brune, peu amaigrie.

Cavité abdominale. — Ballonnement plutôt modéré du ventre ; à l'ouverture il s'écoule environ 800 grammes d'un liquide purulent, blanc-grisâtre, contenant des flocons pseudo-membraneux. Les anses intestinales, toutes distendues par des gaz, sont agglutinées entre elles par un exsudat fibrineux friable qui tapisse toute l'étendue du péritoine viscéral et pariétal.

La séreuse est manifestement épaissie partout, présente par places une teinte rouge ecchymotique, tranchant sur le fond général grisâtre, et partout elle est dépolie, sans qu'on y découvre pourtant de granulations tuberculeuses.

La péritonite est généralisée, mais ses lésions sont moins accusées dans la partie supérieure de la cavité abdominale ; elles sont au contraire au maximum dans le bassin. En outre, on trouve dans l'hypocondre droit une cavité limitée par le péritoine pariétal en avant, par le côlon transverse en haut, par une anse de l'intestin grêle en bas et par le grand épiploon épaissi en dedans ; cette cavité est tapissée dans toute son étendue par une couche de pus concret recouvrant une véritable membrane pyogénique, et elle contient un pus liquide, plus épais et plus coloré en jaune que celui que l'on rencontre ailleurs ; mais il ne s'y trouve aucun gaz.

Le grand épiploon épaissi est fixé par son bord libre dans la fosse iliaque droite. Le foie ne déborde pas les fausses côtes ; la rate est tout à fait en arrière, cachée derrière l'estomac.

Lorsque nous avons procédé à l'examen détaillé des viscères abdominaux, nous avons trouvé des lésions qui expliquent parfaitement la péritonite purulente et ses localisations principales.

L'estomac libre d'adhérences n'est que fortement dilaté, sans altercations de ses parois ; il renferme une grande quantité de liquide coloré par la bile. Le cardia est pour ainsi dire forcé, mesure 10 centimètres de circonférence et l'œsophage est distendu jusqu'au niveau de la bifurcation de la trachée ; quoiqu'on

ait des variscosités veineuses dans sa muqueuse, ce relâchement du cardia est dû peut-être à une altération cadavérique. Le pylore et le duodénum ne présentent rien d'anormal.

Ayant déroulé l'intestin peu à peu, en sectionnant à mesure le mésentère, de manière à nous rendre compte des rapports de chacune de ses parties, nous constatons ce qui suit : l'anse intestinale, qui limite la cavité purulente signalée ci-dessus, se trouve à 2 centimètres environ de la fin du duodénum; on remarque sur sa tunique séreuse des nodules tuberculeux formés de groupes de granulations grises et jaunes et il existe, à ce niveau, une rétraction évidente de la paroi, rétraction qui correspondait intérieurement à un rétrécissement annulaire du calibre de l'intestin.

A 10 ou 12 centimètres au-dessous du rétrécissement que nous venons de décrire s'en trouve un autre ; il est plus étroit encore, car il admet à peine un crayon et se présente aussi sous la forme d'un diaphragme, mais l'épaisseur de la cloison est un peu plus grande; on y voit de petites ulcérations, et l'on trouve, en outre, sous la muqueuse, de petits amas blancs ou jaunâtres de pus caséeux, tubercules ou abcès. Extérieurement le rétrécissement est marqué par un sillon assez large, comblé en grande partie de fausses membranes.

Le dernier rétrécissement siège environ à 50 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale; au-dessous, l'intestin a son calibre normal, il contient des matières fécales liquides; on ne trouve pas d'ulcérations ni de tuméfaction des glandes de Peyer et des follicules clos.

L'intestin grêle est dans son ensemble très notablement raccourci; après l'avoir déroulé, nous pouvons apprécier sa longueur, qui ne dépasse certainement pas 4 mètres. Cette diminution de longueur est due évidemment à l'épaississement inflammatoire du péritoine et à sa rétraction.

Le mésentère, lui aussi, est fortement rétracté, il mesure plus d'un centimètre d'épaisseur sur la coupe. Par le palper, on décèle dans son intérieur un grand nombre de ganglions

lymphatiques qui sont tuméfiés, ont un volume variant de celui d'un noyau de cerise à celui d'une olive, mais qui ne semblent pas infiltrés de tubercules à l'œil nu. Un seul ganglion a été trouvé nettement tuberculeux ; transformé en une masse caséeuse, il correspondait au rétrécissement de la figure 31, celui qui a donné lieu à la perforation.

Nous passerons rapidement en revue les lésions moins intéressantes que nous avons constatées dans les autres viscères, pour revenir ensuite sur l'examen histologique des rétrécissements de l'intestin. Commençons par les viscères de la cavité abdominale.

Le foie dont la capsule est un peu épaissie par places ne présente rien d'anormal sur la coupe. La rate est petite, de consistance normale, et pèse 140 grammes.

Les reins ne paraissent pas altérés.

Dans l'excavation du bassin, tous les organes sont agglutinés par des fausses membranes assez résistantes.

La vessie, revenue sur elle-même, contient quelques gouttes d'urine trouble; sa muqueuse est saine.

Les deux trompes de Fallope sont sinueuses, très dilatées, surtout à leur extrémité libre qui présente, pour la trompe droite, le volume d'un testicule. On voit sur sa face antérieure un groupe confluent de tubercules miliaires jaunâtres. L'incision de cette trompe montra qu'elle est distendue par une masse considérable de pus concret ressemblant à du fromage blanc qui remplit sa cavité jusqu'au niveau de la corne utérine. La trompe gauche contient de la matière semblable, mais en moins grande abondance. Il s'agit, de toute évidence, d'une salpingite double, d'origine tuberculeuse. Les ovaires sont normaux.

L'utérus, du volume ordinaire chez les multipares, présente sur sa muqueuse quelques taches jaunâtres qui semblent être des tubercules, mais sa cavité ne renferme pas de matière caséeuse.

OBSERVATION XXXVI

Stermann. *Tuberculose tubaire.* Stermann. Tuberk. d. weibl. Genital. (Inaug. Dissert Kiel, 1888).

X..., 23 ans. Deux frères et sœurs morts de la tuberculose, le reste de la famille est bien portant.

Enfant, elle fut malade : réglée à 17 ans, régulièrement. Dans ces derniers temps, elle perd beaucoup.

En février 1887. — Rapide développement du ventre, avec douleur à gauche.

Etat. — Abdomen augmenté de volume, bon état général. Extérieurement, on distingue deux tumeurs. Utérus normal, couché à droite. Du col s'écoule un liquide pnrulent.

Laparotomie. — Ablation des deux trompes volumineuses. Le reste est sain. Trompe droite contournée se terminant par une tumeur ronde. Les parois tubaires épaissies et farcies de nodules tuberculeux. Oblitération des deux extrémités. En un point du revêtement péritonéal sont de semblables granulations, ainsi que sur une adhérence avec l'épiploon. La séreuse est épaissie dans toute l'épaisseur de la paroi ; cellules géantes. La trompe gauche présente les mêmes lésions, mais moins avancées.

(D'après la trad. Leuret).

OBSERVATION XXXVII

Talamon. *Pelvipéritonite purulente avec tuberculose des trompes des ovaires et de l'utérus. Tuberculose pulmonaire et méningée* (Ann. de Gynécologie. 1878. T. I, p. 416).

Enfant de 6 ans, entre le 16 avril 1878 à l'hôpital Trousseau, pour une méningite à laquelle elle succombe sept jours après.

A l'autopsie, indépendamment des lésions méningées, on trouva dans le bassin les anses du grêle fusionnées avec l'S iliaque de la vessie. Une poche remplie de matière purulente est formée par le cul-de-sac rétro-utérin dilaté. Le contenu de cette poche est un peu épais; le péritoine qui la limite est épaissi et d'apparence caséeuse.

La vessie est saine, l'utérus triplé de volume fait saillie dans le petit bassin sous forme d'une tumeur arrondie. L'orifice cervical est oblitéré, et en incisant le fond de l'utérus on tombe sur une poche formée par la cavité du corps et du col; elle contient un liquide clair, fluide, visqueux, semblable à du muco-pus. Il n'y a pas de matière tuberculeuse sur les parois de l'utérus.

Les trompes sont oblitérées. Les deux ovaires sont entourés d'exsudats caséeux épais. Ces exsudats enlevés, ils apparaissent indurés, bosselés, gros comme les ovaires d'une femme adulte, à la coupe ils sont entièrement formés d'une matière caséeuse jaunâtre.

Examen microscopique par M. Doléris. La surface externe des ovaires présente trois petits nodules dont un pédiculé, constitués par du tissu conjonctif sans caractéristique. A la coupe, noyaux caséeux caractérisés par un processus tuberculeux avancé; en plusieurs points, cavités kystiques arrondies à paroi conjonctive, remplies de matière colloïde.

La partie des trompes connexe à l'ovaire présente une dégénération tuberculeuse de la muqueuse sur une longueur de quatre à cinq millimètres. Elle est épaissie par une infiltration embryonnaire de toutes les tuniques, tandis que la portion voisine de l'utérus a conservé sa structure normale, sauf un degré de congestion assez marqué.

L'utérus est sain. Les fausses membranes qui recouvrent le péritoine pelvien sont constituées par des néoformations tuberculeuses caséifiées.

OBSERVATION XXXVIII

Dalché. *Ovarite tuberculeuse double primitive. Méningite tuberculeuse.* (Th. Dalché. De l'ovarite, Paris, 1885, p. 34).

Femme de 18 ans, entre le 23 août 1884, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Gallard, et l'on constate un empâtement tout autour de l'utérus avec prédominance dans les ligaments larges. La malade est soumise au traitement médical et fait une double phlegmasie des deux jambes. Les lésions pelviennes, loin de s'amender, vont en augmentant. C'est ainsi qu'à l'examen le 12 décembre, on constate dans chacun des deux culs-de-sac une tumeur dure presque ligneuse. En janvier 1885, la malade est prise de céphalalgies, de diarrhée, d'attaques épileptiformes et elle succombe le 26 avec du coma et du strabisme de l'œil gauche.

A l'autopsie, indépendamment de tuberculose encéphalo-méningée, on trouve dans le bassin les lésions suivantes : l'utérus est normal, mais il adhère en avant à la vessie, en arrière à l'S iliaque. La trompe gauche augmentée de volume, flexueuse, est longue de 11 centimètres ; elle adhère à l'S iliaque. Elle arrive sur un ovaire gros, de forme sphérique, ayant 3 centimètres de haut sur 2 centimètres de large. Cet ovaire est adhérent d'une part à l'utérus le long duquel il est tombé, d'autre part à l'S iliaque ; en cet endroit, on remarque dans l'intestin un orifice qui communique avec une cavité purulente creusée dans l'intérieur de l'ovaire.

La trompe droite augmentée de volume est flexueuse, arrive sur un ovaire suppuré ayant 4 centimètres dans tous les sens, adhérent à l'S iliaque, mais ne communiquant pas avec elle.

Les deux cavités purulentes sont très vastes, la coque qui les limite a une épaisseur de un demi-centimètre au plus ; sur

l'ovaire gauche sont deux petits noyaux en voie de ramolissement.

Les trompes ont leur lumière pleine de matière puriforme et la droite présente en outre 5 ou 6 points abcédés.

L'examen histologique démontre que cette ovarite est tuberculeuse. Au voisinage de l'abcès se montrent des lésions types de tuberculose : cellules géantes entourées de cellules épithélioïdes et de cellules embryonnaires ; agglomération de cellules embryonnaires dont le centre a été enlevé, ce qui se traduit sur la coupe par un vide. Mais ces lésions, loin d'être localisées autour de l'abcès, entrent dans toute la paroi. Elles sont fort remarquables au niveau de la couche ovigène : on y trouve tantôt des points de tuberculose miliaire qui se confondent avec le reste du tissu, tantôt un petit tubercule avec plusieurs cellules géantes entourées d'une zone fibreuse.

Les lésions inflammatoires sont minimes et d'une importance tout à fait secondaire ; cependant, en certains endroits, les vaisseaux sont dilatés et pleins de globules.

Rien n'autorise à penser que les ovaires ont été le point de départ de l'affection.

OBSERVATION XXXIX

Ombrédanne et Girod. *Pelvi-péritonite tuberculeuse d'origine annexielle.* (Th. Leuret. « Etude clinique sur les rapports de la péritonite tuberculeuse et de la tuberculose génitale chez la femme ». Paris 1903).

Thérèse H..., vingt-huit ans, hôpital Saint-Louis, salle Denonvillers, 20 septembre 1902.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Convulsions dans l'enfance. Réglée à dix ans, toujours irrégulièrement et peu abondamment. Règles douloureuses.

Premier accouchement à vingt et un an. Les règles persistent

pendant la grossesse, accouchement difficile, délivrance artificielle et curettage.

Deuxième accouchement à vingt-quatre ans. Délivrance artificielle, curettage. Pas de fausses couches.

Il y a deux ans, métrorrhagies abondantes, sans cause apparente, durée huit jours. Les règles reprennent très irrégulièrement.

Depuis le 9 novembre dernier, pertes abondantes deux ou trois fois par mois. En même temps, douleurs dans le bas-ventre, devenues rapidement violentes et lancinantes.

Juillet dernier, pleurésie droite (deux ponctions), durant jusqu'à fin août.

Etat actuel. — Malade affaiblie, maigre, peu d'appétit, pas de constipation, pas de troubles urinaires.

Auscultation. — A gauche rien, au sommet droit submatité, respiration rude, soufflante, souffle mitral. Le bas-ventre est douloureux et, par cela même, difficile à examiner ; on ne sent rien par le palper.

Par le toucher vaginal, on sent l'utérus en antéversion. Dans le cul-de-sac droit, masse de la grosseur d'une mandarine. Dans le cul-de-sac gauche, masse annexielle.

Laparotomie le 2 octobre. Des adhérences lâches unissent l'intestin et l'épiploon à la masse annexielle droite. On enlève facilement les annexes droites.

Le péritoine du petit bassin est entièrement recouvert de granulations tuberculeuses. Abondantes sur le péritoine pariétal, où elles ne remontent pas plus haut que l'ombilic, on en trouve sur le fond de l'utérus.

Ces granulations sont beaucoup moins nombreuses sur l'intestin, mais ne sortent pas du petit bassin.

Une petite quantité d'ascite dans le fond du cul-de-sac. Drain. Suture de la paroi en trois plans. La tumeur salpingienne est formée par une paroi très épaisse, contenant du pus caséeux, logé dans poches irrégulières et anfractueuses.

Le 12 octobre. — La malade va bien. Les fils sont coupés.

OBSERVATION XL

Begouin. *Pelvi-péritonite tuberculeuse et annexite.* (Soc. d'obst. de Gyn. et de Péd. de Bordeaux, 14 nov. 1899).

Femme actuellement en bonne santé, a vu se développer une tumeur dans son bas-ventre.

Diagnostic. — Fibrôme. Après examen, je diagnostiquai péritonite tuberculeuse avec localisation kystique rétro-utérine.

Décembre 1898. — Hystérectomie vaginale (M. Demons).

Les annexes étaient parsemées de semis tuberculeux, mais elles adhéraient tellement à l'intestin qu'il fallut renoncer à l'extirpation. Suites bonnes.

M. Begouin signale que souvent il a eu avec des péritonites tuberculeuses, la sensation de fibrôme.

OBSERVATION XLI

Frerichs. *Péritonite chronique adhésive tuberculeuse généralisée ; lésions tuberculeuses annexielles.* (Frerichs. Diss. Inaug. Marburg, 1882). « Ueber Tub. des weibl. Genitalorg. »

Fr..., 45 ans. Pleurésie ; péri-bronchite caséeuse récente dans les lobes supérieurs gauches. Péritonite adhésive chronique tuberculeuse généralisée. Hymen intact. Les intestins sont adhérents ensemble, réunis par de fausses membranes avec des noyaux caséeux et des plaques. De même, nombreuses granulations sur la séreuse épaissie de l'intestin ; l'intestin est adhérent dans le petit bassin avec la paroi postérieure de l'utérus et des trompes. La plupart des adhérences sont formées de

substance caséeuse. L'utérus augmenté de volume, mou, grisâtre. Quelques tubercules isolés dans sa paroi. Les trompes grosses comme le doigt, enroulées, oblitérées à leur extrémité abdominale. Dans la cavité, matière caséeuse. Sur une coupe, on voit partout la muqueuse caséeuse, paroi très épaissie. Lumière filiforme, ovaire petit, fibreux. La muqueuse de l'utérus présente à la coupe la même altération que la trompe.

(D'après le texte de Leuret).

OBSERVATION XLII

Bouilly et Gorowitz. *Tuberculose péritonéale fibro-adhésive. Masses annexielles tuberculeuses.* (Th. Gorowitz, Paris, 1899-1900, p. 89). « De la tuberculose génitale chez la femme. »

Louise Ch..., domestique, 21 ans, lit nº 18.

Réglée à 15 ans, régulièrement. Pas de maladie dans l'enfance.

En janvier 1891, accouchement normal.

En 1892, la malade est prise de douleurs abdominales qui durent trois semaines, sans tuméfaction du ventre, sans fièvre.

En mars 1893, réapparition des douleurs : irradiations lombaires et disparition des règles. Le ventre commence à grossir à la fin de mars. Pertes blanches épaisses et très abondantes. Entre le 5 août 1893.

Examen. — Ventre tuméfié, tendu, très douloureux à la pression. A une palpitation légère on sent autour de l'ombilic des masses dures, mobiles les unes sur les autres, donnant la sensation caractéristique des inflammations épiploïques. Les fosses iliaques sont remplies par des masses dures, arrondies, remontant presque vers l'ombilic du côté gauche, un peu moins haut du côté droit. On sent ces masses également par le toucher vaginal au niveau des culs-de-sac latéraux. Utérus petit, peu mobile. A gauche, on délimite une masse répondant aux

annexes, du volume des deux poings et vaguement fluctuante.

Douleurs abdominales très vives avec exacerbation vespérale.

Respiration, rien aux poumons. Rien au cœur. Urines normales, visage pâle, amaigri, inappétence presque complète, constipation opiniâtre.

Diagnostic. — Hésitant entre péritonite tuberculeuse et kyste végétant des ovaires.

Opération le 22 août. — Laparotomie. On tombe sur la masse intestinale farcie de granulations tuberculeuses.

Anses intestinales totalement adhérentes entre elles et à l'épiploon. Quelques grammes d'ascite. On voit, à travers les anses intestinales agglutinées, des masses dures, volumineuses, répondant aux annexes. On essaie de détruire quelques adhérences intestinales, mais après quelques vaines tentatives qui menacent d'entraîner la déchirure de l'intestin, on referme le ventre.

Suites opératoires. — Les deux premiers jours, la malade est souffrante ; un peu de fièvre (37°,5 le jour, 38°,5 et 37° le lendemain).

Douleurs abdominales vives. On retire la gaze iodoformée le troisième jour. A partir de ce moment les douleurs diminuent, la cicatrisation se fait par première intention.

Le ventre devient petit à petit très souple ; on sent encore quelques indurations, notamment au niveau de la fosse iliaque droite, indolence absolue à la palpation.

Par le toucher, on constate une régression des masses annexielles, surtout à gauche.

L'appétit est revenu. Bon état général ; elle quitte l'hôpital le 28 octobre.

Depuis cette époque la guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour (9 ans).

OBSERVATION XLIII

Bouilly et Leuret. *Annexite tuberculeuse et péritonite adhésive.* (Leuret. Th. Paris, 2903). « Etude clinique sur les rapports de la péritonite tuberculeuse et de la tuberculose génitale chez la femme ».

P..., 29 ans. Entrée le 28 mai 1897. Pavillon Velpeau, lit 3.

Pas d'antécédents héréditaires bien nets.

A 17 ans, réglée sans douleur, les règles viennent toutes les trois semaines. A 20 ans, première grossesse.

Depuis, la malade perd en blanc.

A 26 ans, deuxième grossesse ; la malade a de la pelvipéritonite.

A 27 ans, fausse couche de trois mois, à la suite d'une chute. Depuis ce moment, elle souffre au moment des règles.

Depuis janvier 1897, à chaque époque, crises violentes prises au début pour des crises néphritiques.

Le ventre reste bientôt douloureux, au point d'empêcher tout travail.

Examen. — Utérus probablement en rétroversion fixe. Grosse tumeur à gauche remontant sur le bord inférieur de l'utérus, fixe et douloureuse. A droite, grosse masse transversale, plus saillante que la gauche ; pas de collection nette. En somme, annexite et périannexite.

Hystérectomie vaginale le 12 juin. Les annexes sont très adhérentes. Le péritoine est granuleux. Trompe gauche grosse, avec le pavillon granuleux avec points caséeux ; tout autour de lui, granulations péritonéales. Trompe droite plus volumineuse ; le péritoine qui la recouvre est couvert de granulations.

Les ovaires sont perdus au milieu de fausses membranes. Après le premier pansement, les matières fécales sortent par le vagin. Lavages. L'issue des matières fécales se fait largement.

Élimination, huit jours plus tard, d'un large lambeau de paroi intestinale. L'état général s'altère rapidement. Mort le 12 juillet.

Opposition à l'autopsie.

OBSERVATION XLIV

TERRILLON. *Salpingite droite tuberculeuse.*
(Congrès de chir. 1889).

X..., 24 ans ; a eu un enfant il y a quinze mois. Depuis cette époque, elle souffre continuellement dans le ventre, surtout à droite ; on sent dans cette région une masse arrondie et douloureuse, descendant dans le Douglas.

Opération. — 2 février 1889. — Ovaire et trompe droits adhérents. Ils sont enlevés. La trompe est grosse comme le pouce, tuberculeuse. Le côté gauche paraît sain. L'état local et général est excellent au moment du congrès.

OBSERVATION XLV

TERRILLON. *Annexite caséeuse bilatérale.*
(Congrès de chir., 1889).

X..., 26 ans, pas d'enfants, douleurs dans le ventre depuis quatre ans, sans cause connue. Les règles sont abondantes, douloureuses. Etat général s'altère depuis un an, avec symptômes de fièvre hectique.

Opération. — 12 avril 1889. — Les deux trompes caséeuses confondues avec les ovaires, remplies de foyers tuberculeux. La surface péritonéale est couverte de tubercules. Ablation difficile. Guérison, amélioration de l'état général.

OBSERVATION XLVI

Cornil. *Tuberculose primitive de l'utérus et des annexes compliquée de pelvipéritonite tuberculeuse chronique.* (Leçons sur l'An. Path. des métrites et des salpingites, Paris, 1889, p. 91).

Magne, 23 ans, domestique, entrée salle Lorain, à la Pitié, le 8 janvier 1885 (service de M. Lancereaux). Réglée à 16 ans. Mariée à 20 ans, elle eut un enfant peu après. Le sang des règles est pâle.

L'hémorrhagie dure habituellement de cinq à six jours. Dans l'intervalle, elle a des pertes blanches ; elle s'est levée trois jours après son accouchement.

Depuis quinze jours, elle est plus souffrante, et se plaint que son mari (très fort selon elle), lui causait de la douleur dans le coït.

Le 8 janvier, elle souffre de tout l'abdomen, surtout à gauche, et présente des vomissements porracés. Il existe en avant de l'utérus un empâtement douloureux.

Dysurie, constipation, ballonnement du ventre. Urine très albumineuse ; teinte subictérique des conjonctives ; coliques, diarrhée, fièvre hectique, cachexie progressive, frissons fréquents. Il existe toujours un empâtement douloureux au-devant et sur les côtés de l'utérus.

La température a oscillé matin et soir de 38° à 40°.

L'état général s'aggrave et on constate, à l'auscultation, des râles pulmonaires aux bases. Mort.

Autopsie le 8 février.

Nous tombons avec étonnement, non pas sur une pelvi-péritonite inflammatoire simple, comme on s'y attendait, mais sur des lésions tuberculeuses des organes pelviens, compliquées de

granulie péritonéale et d'un immense abcès communiquant avec l'intestin.

Le décollement péritonéal se prolonge surtout dans la fosse iliaque gauche et à droite, la cavité purulente communique avec le cœcum par un orifice déchiqueté de un centimètre de diamètre.

Le péritoine péri-utérin est semé de granulations tuberculeuses. D'autres points présentent des fausses membranes inflammatoires récentes.

La muqueuse utérine est rouge, congestionnée, épaissie, semée de granulations tuberculeuses dont quelques-unes sont déjà caséeuses.

La rate est énorme, les reins blanchâtres et volumineux ; le foie, jaunâtre, pèse 2.030 grammes et semble amyloïde. Tous les viscères abdominaux sont unis par des fausses membranes, dont quelques-unes assez anciennes.

Ces fausses membranes sont semées de granulations tuberculeuses qui abondent particulièrement sur le péritoine qui recouvre le foie et l'estomac.

Aucune trace de tuberculose pulmonaire ou pleurale. Hépatisation grise du lobe moyen du poumon droit.

Pneumonie lobulaire disséminée des deux côtés.

Le péricarde est enflammé et contient 60 grammes d'un exsudat fibrino-purulent.

Rien au cerveau.

La muqueuse intestinale ne présente aucune trace de tuberculose. L'aspect de la perforation du cœcum semble prouver qu'elle s'est faite de l'abcès vers l'intestin. Elle est, en effet, très nettement taillée du côté de la muqueuse et fort irrégulière du côté de l'abcès.

Cette malade semble donc avoir succombé à des accidents infectieux à la suite de la communication avec le cœcum d'un foyer purulent développé au niveau des annexes de l'utérus.

L'examen des viscères a prouvé qu'il n'existait pas de tuberculose pulmonaire et il est probable que l'utérus avait été atteint en premier lieu.

OBSERVATION XLVII

Uhland. *Annexite tuberculeuse et pelvi-péritonite fibro-caséeuse.* (Uhland. Diss. Draug. Tubingen 1886). « Tuberk. des weibl. Genitolorg ».

S..., 19 ans. Mère morte de tuberculose pulmonaire. Reste de famille bien portant. La malade a été soignée 7 mois pour pâles couleurs ; souvent mal de tête, sentiment de fatigue, pas de règles. Depuis février dernier, toux, crachats grisâtres. En février, point de côté dans la poitrine, à gauche. Fièvre et sueurs nocturnes. Miction un peu pénible. Amaigrissement considérable. Etat : aspect anémique, maigre, râles de bronchites, quelques râles secs. Abdomen légèrement augmenté de volume. Matité dans les flancs, l'état va en déclinant. Mort.

Autopsie. — Adhérences de la paroi et de l'intestin. Sur toute la séreuse, revêtement de matière caséeuse. On trouve une cavité contenant du pus de la matière caséeuse s'étendant de l'ombilic au petit bassin dans lequel on trouve une grande quantité de bouillie infecte.

Dans le reste du ventre, la séreuse est détruite sur une grande étendue.

L'utérus et les trompes présentent de nombreuses adhérences caséeuses. Oblitération de l'orifice externe des trompes. Dans les trompes, mélange de pus et de matières caséeuses. Trompe droite très épaissie. Ovaires cachés dans les adhérences. (D'après le texte Leuret).

OBSERVATION XLVIII

Otto von Franqué. *Tuberculose primitive de l'ovaire.* (Zeitschr. f. Geburtsh. und. Gynœk. Bd XXXVII, 1898, H. 2).

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans ayant eu quatre grossesses, entrée à l'hôpital le 8 février 1897. Bien réglée ;

depuis sept ans, douleurs dans le bas-ventre, plus prononcées depuis six semaines. Le mari est mort de tuberculose pulmonaire. A l'examen, utérus en rétroversion ; dans le cul-de-sac gauche on trouve une tumeur du volume d'une mandarine et peu mobile. Dans le cul-de-sac de Douglas on sent la face postérieure de l'utérus inégale, papillaire. Rien d'anormal dans les autres organes.

Diagnostic. — Tumeur solide de l'ovaire.

Opération pratiquée le 12 février 1897 par colpofomie ? on constate que la tumeur présente des adhérences avec les organes voisins. On l'enlève assez difficilement. L'ovaire droit ne pouvant être libéré par suite des adhérences, est laissé en place, la trompe seule est enlevée. L'examen macroscopique de la pièce montre une tumeur du volume d'une mandarine ; la trompe est augmentée de volume, l'ostium abdominal est difficilement retrouvé A la coupe de l'ovaire on trouve, au niveau du centre, des cellules géantes et des cellules épithélioïdes caractéristiques de la tuberculose. La trompe, au niveau de son pavillon, présente des lésions de catarrhe aigu.

OBSERVATION LIX

Bouilly et Gorowitz. *Tuberculose ascitique du péritoine avec annexite tuberculeuse bilatérale surtout à détermination ovarienne* (Thèse Gorowitz. Paris 1899-1900, p. 86. De la tuberculose génitale chez la femme.)

Marie, 14 ans 1/2, entre au pavillon Velpeau, le 8 juin 1898, lit n° 3. Pas d'antécédents tuberculeux, n'a jamais été malade. Non réglée. Vierge.

Il y a trois mois on constate une augmentation de volume du ventre, qui s'est d'ailleurs peu modifié depuis cette époque. La malade s'alite pendant six semaines, parce qu'elle est gênée pour marcher. Pas de douleur vive.

Examen. — Ascite non enkystée, ombilic saillant, ventre de batracien, mollasse, sans trace de gâteau induré.

La circonférence du ventre au niveau de l'ombilic mesure 71 centimètres.

Etat général médiocre.

Malade peu développée physiquement. Amaigrissement notable depuis trois mois. Appétit assez bon. Jamais de vomissements. Selles normales. Ni diarrhée ni constipation. Miction normale. Plèvre, poumons et cœur sains.

Pas d'œdème des membres inférieurs.

14 juin 1898. — Laparotomie. Castration double.

Chloroforme. Incision de 7 à 8 centimètres.

Évacuation de 4 à 6 litres d'ascite libre. Péritoine pariétal et viscéral criblé de tubercules. Castration double.

Aucune adhérence des viscères entre eux ; fermeture de la paroi à deux étages. Gros drain à la partie inférieure de l'incision et deux mèches iodoformées dans le péritoine; pansement.

Le liquide est inoculé à un cobaye.

Examen de la pièce. — Trompes du volume du petit doigt, flexueuses, rénitentes, recouvertes de granulations, renfermant un pus caséeux. Leur paroi est épaisse de 1 millimètre environ.

Des deux côtés, les ovaires sont formés de masses purulentes, circonscrites par des coques de tissu ovarien, véritables éponges purulentes. Les trompes à leur extrémité utérine, sont d'apparence saine sur la coupe.

Soir de l'opération, bon état, pouls 120. T. normale.

Langue humide, pas de vomissements.

On a été obligé de sonder la malade.

16 juin. — Ablation du drain. Mèche iodoformée.

21 juin. — Ablation des crins. La plaie abdominale semble cicatrisée.

24 juin. — Pansement. On constate que le trajet du drain s'est rouvert. La sonde cannelée pénètre dans l'abdomen à 10 centimètres. On touche le trajet à la teinture d'iode.

5 juillet. — Etat local stationnaire. Tous les deux jours attouchement à la teinture d'iode.

Etat général excellent, considérablement modifié, teint rose, joues remplies, appétit bon.

Juillet 1898. — Sort guérie, ne portant plus de fistule.

Le cobaye auquel on a inoculé le 14 juin 20 centimètres cubes du liquide ascitique dans le péritoine, est mort. Tuberculose pancréatique, sous-diaphragmatique et des ganglions sous-claviculaires.

La malade est revenue en juin 1900 : très bon état général. Pas de trace d'ascite.

OBSERVATION L

TERRILLON. *Double pyo-salpynx tuberculeux* (Congrès de chirurgie, 1889).

25 ans, ni enfant, ni fausse couche. Elle souffre surtout du côté gauche depuis quatre ans. Amaigrissement, vomissements continus.

Laparotomie, 2 mars 1889. — Double pyo-salpynx tuberculeux. Guérison rapide. Le malade engraisse rapidement.

OBSERVATION LI

POLAILLON. *Énorme pyo-salpynx tuberculeux* (Bullet. Soc. de chir., 1890, p. 493).

41 ans, de souche tuberculeuse, pas d'enfant.

Entrée pour douleurs abdominales durant depuis 8 mois. Amaigrissement. Aspect de phtisique. Ovariotomie le 21 janvier pour kyste de l'ovaire. Il s'agit d'une salpingite tuberculeuse très grosse. Nombreuses granulations sur le péritoine. Suites simples. La malade guérit.

OBSERVATION LII

Jeannel. *Pyo-salpynx volumineux tuberculeux. Péritonite tuberculeuse* (Congrès de Toulouse, 24 sept. 1887).

J. O..., 21 ans, domestique, célibataire, entrée le 2 mars à l'hôpital de Toulouse. Réglée à 17 ans, sans accidents. Enfant à 19 ans. Couches faciles; abcès au sein qui guérit assez lentement. Rien n'autorise à affirmer qu'elle ait eu, à un moment donné, une vaginite blennorrhagique, mais, fille de mœurs faciles et peu embarrassée dans le choix de ses amants.

Aucun renseignement sur ses antécédents. Aucun antécédent personnel. En juin 1886, sans cause, elle s'aperçoit qu'elle portait une petite tumeur sur le côté gauche. Peu à peu, cette tumeur augmente et devient très douloureuse, surtout par crises déterminant des crises de nerfs, mais pas de vomissements. Fonctions digestives pas troublées. Après trois mois, le calme se rétablit, mais la tumeur continue à grossir.

Les règles ne se modifient nullement. Aucune perte La malade ne maigrit pas, mais elle devient nerveuse et bizarre.

Actuellement. — Forte fille nerveuse, ne paraissant pas gravement atteinte. Elle porte une tumeur du volume d'un utérus gros de sept mois, remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; médiane, régulière, ovoïde à petite extrémité plongeant dans le bassin. Elle est régulière, dure, élastique, offre une fluctuation obscure, mais positive; peu mobile, mate, environnée d'une zone sonore en haut et de chaque côté.

La peau n'est pas sillonnée de veines; ombilic normal.

Toucher vaginal. — Tumeur hémisphérique remplissant le fond du vagin, sans être enclavée dans le petit bassin ; surtout saillante du côté gauche. Sous la tumeur est couché l'utérus. Le col regarde en arrière et à droite. La totalité de l'utérus est mobile sur la tumeur. Hystéromètre, 6 mm. 1/2.

Examen sous-chloroforme, 20 mars. — On élimine la grossesse, la grossesse extra-utérine. On se décida pour un kyste ovarien, en faisant certaines réserves à cause de sa forme ovoïde, sa tension, son immobilité, son accolement intime à la paroi ombilicale.

Laparotomie, 28 mars. — Épiploon adhérent à la tumeur et à la paroi abdominale. La tumeur adhère à la paroi abdominale. On détache la tumeur; ponction du kyste, quatre litres blanc-laiteux, semblable à du pus sans odeur. Le kyste est décortiqué peu à peu du ligament large droit, de l'utérus, du ligament large gauche. En faisant la toilette, on constate que l'intestin et la paroi abdominale sont couverts de granulations blanches ressemblant à des tubercules. Lavage à l'eau bouillie. A la suite, élévation de température le soir. Abcès multiples, suppuration abondante, etc.

Bientôt, l'auscultation révèle l'envahissement des sommets. Décès le 1er août 1887.

La tumeur n'est autre que la trompe dilatée en son extrémité. Examen histologique. Pas de muqueuses. Pas de glandes reconnaissables. On trouve des bacilles dans la trompe.

OBSERVATION LIII

Segond. *Double pyosalpynx tuberculeux extirpé par la voie vaginale.* (Ann. de Gynécol., mars 1898).

Observation XIV. — Pyosalpingite double tuberculeuse, hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Morte, le troisième jour, de péritonite.

Femme de 24 ans, très amaigrie et affaiblie, présentant aux deux sommets des signes de tuberculose au début. Les annexes étaient très adhérentes et la trompe gauche, en particulier, fut difficile à extirper. La malade est probablement morte de péritonite par perforation. L'utérus lui-même présentait deux foyers tuberculeux dans son parenchyme.

OBSERVATION LIV

Bonnaire et Lenret. *Double pyosalpinx tuberculeux à évolution torpide.* (Th. Lenret. « Étude clinique sur les rapports de la péritonite tuberculeuse et de la tuberculose génitale de la femme ». Paris, 1903).

Laparotomie. — Le 10 janvier 1901.

L'utérus à sa place, volume normal. A droite, grosse masse distendue par du liquide, peu adhérente, puisque la position inclinée l'entraîne en bas. A gauche, volumineuse tumeur, occupant le Douglas, immobilisée par des adhérences lâches et récentes. Ponctions de la masse droite : 300 grammes de liquide puriforme, bien lié, sans odeur. La poche est enlevée; on constate à sa surface des traces d'adhérences et de péritonite séreuse. **L'ovaire est laissé en place.**

A gauche, même manœuvre : 300 grammes de pus semblable. L'énucléation est moins facile à cause des adhérences, davantage de péritonite séreuse: la poche est plus profonde, plus adhérente. On enlève finalement, trompe et ovaire de ce côté. **Suture de la paroi; pas de drain.**

Examen des pièces.

Les deux trompes sont remplies de pus.

L'ovaire gauche est kystique.

Les lésions sont les mêmes des deux côtés. Volume du poing. **Parois minces.**

La muqueuse, très épaisse, jaunâtre, présentant par place de véritables ecchymoses, végétante.

Par place, rétrécissement séparant deux dilatations.

Les 2 ou 3 premiers centimètres de chaque trompe sont oblitérés. **Il n'y a nulle part de granulations.**

Examen histologique (M. Gombault, résumé). — Lésions tuberculeuses avec parties caséifiées et cellules géantes dans la portion sous-muqueuse et dans la muqueuse.

Pas de bacilles.

Suites opératoires très simples. La malade sort en bon état, le 15 février 1901.

Revue en décembre 1902. Après être restée longtemps pâle et d'apparence anémique, elle a repris une santé parfaite.

Localement, il n'y a ni douleur, ni tuméfaction. Les règles sont régulières. La malade ne s'étonne que d'une chose, c'est de ne pas devenir enceinte.

« L'intérêt de cette observation réside dans l'évolution froide, lente, inaperçue de lésions tuberculeuses de volume considérable. Il s'agit d'une jeune femme de gracieuse apparence ; pâle, délicate, mais non amaigrie, ayant toujours mené une vie de jeune fille mondaine et ayant pu, sans scrupule, être mariée depuis huit mois à un mari jeune et ardent.

« Je fus appelé parce que cette jeune femme éprouvait quelques douleurs au moment de ses règles et qu'elle avait constaté dans son ventre l'apparition de tuméfactions qui commençaient à faire relief sous la paroi. D'après son médecin, ces tuméfactions existaient depuis quatre ou cinq ans au moins, sans donner lieu à aucun symptôme. Il était facile de constater, par le palper et le toucher combinés, la présence de deux tumeurs indolentes, situées à droite et à gauche de l'utérus, faisant saillies dans les culs-de-sac latéraux, et très facilement fluctuantes ; elles ont à peu près le volume d'une très grosse orange et se dessinaient sous la peau dans le décubitus horizontal. Autour d'elles, les tissus étaient souples, sans induration, ayant tout à fait la consistance normale.

« En tenant compte de l'évolution de la tumeur et de ses divers caractères, je n'hésitai pas à diagnostiquer deux kystes, et, me basant sur les rapports intimes avec le bord de l'utérus et leur fixité en ce point, à conclure à deux kystes paraovariens. Je conseillai vivement l'opération qui me paraissait tout à fait indiquée, et dans laquelle on pouvait espérer conserver les ovaires et les trompes. » (Bouilly).

OBSERVATION LV

Négrié. *Tuberculisation des ovaires. Dilatation de la trompe.* (Bull. de la Soc. Anat. 1863, p. 169).

Femme de 31 ans, entre à la Pitié, dans le service de M. Bernutz, pour une tuberculose pulmonaire avancée à laquelle elle succomba.

A l'autopsie, indépendamment des lésions pulmonaires, on constata les lésions pelviennes suivantes :

La trompe droite est dilatée et forme un kyste de la grosseur d'une forte plume d'oie, sinueuse, et ressemblant, grâce à cette disposition, à un intestin grêle de petit volume. Le pavillon adhérent par son extrémité à l'ovaire correspondant était très dilaté et atteignait le volume d'un œuf de poule. Les parois avaient une grande transparence et une couleur opaline. La partie la plus dilatée, plongée dans le cul-de-sac de Douglas, adhérait intimement à la face postérieure de l'utérus. Cependant, on parvenait facilement, sans beaucoup de peine, à séparer les deux organes à l'aide d'une dissection attentive. Quelques adhérences fibreuses unissaient aussi le pavillon au rectum. La paroi interne était blanche et lisse ; on apercevait au-dessus d'elle quelques petits vaisseaux. Le liquide renfermé dans la cavité était transparent et jaune-citron. La trompe était oblitérée du côté de l'utérus comme à son extrémité abdominale.

On trouvait dans les ovaires des altérations non moins importantes : dans celui du côté droit, on voyait un gros tubercule jaune, ramolli à son centre. Celui du côté gauche était infiltré de matière tuberculeuse, et l'infiltration était située au milieu d'un tissu rouge, lie de vin, à côté d'un kyste séreux gros comme une noisette.

Ces altérations furent examinées au microscope : toutes avaient pour base la granulation tuberculeuse.

OBSERVATION LVI

Potherat. *Appendicite et annexite droite.* (Bull. de la Soc. de chirurgie, 1901, p. 980).

Je vous présente, Messieurs, un appendice accompagné d'une trompe et d'un ovaire appartenant au côté droit. Ces pièces ont été enlevées il y a quelques jours, par moi, chez une jeune fille de 24 ans qui était entrée dans mon service le 17 juillet dernier.

L'appendice épaissi, surtout à son extrémité libre, ce qui lui donne une forme en massue, était fixé dans un magma d'adhérences inflammatoires réunissant des anses grêles, le cœcum, le côlon iliaque, la trompe et l'ovaire du côté droit ; et ce ne fut pas sans peine que je pus dissocier et séparer les uns des autres tous ces organes.

Le fait d'une lésion simultanée de l'appendice et des annexes droits de l'utérus n'a rien d'extraordinaire. Beaucoup d'entre nous en ont observé des exemples, qu'il s'agisse d'ovaro-salpingites, de tumeurs-ovariennes, ou même de fibromes utérins, et à plusieurs reprises le fait a été signalé, soit dans des publications, soit ici même à la Société de chirurgie Personnellement, j'ai observé un certain nombre de cas de cette lésion. Aussi le fait actuel n'aurait-il qu'un médiocre intérêt, s'il n'était accompagné de circonstances spéciales qui le mettent en valeur.

En effet, on s'est bien souvent demandé, en présence de la lésion présente, où avait été le point de départ de l'inflammation, et qui était le premier en cause, de l'appendice ou des organes annexiels ? Et, dans le plus grand nombre des cas, la réponse n'a pu être formulée nettement. Or, dans mon cas actuel, il me paraît hors de doute que l'appendice est l'organe primitivement malade, la trompe et l'ovaire n'ont été que secondairement envahis.

Et voici pourquoi : tout d'abord la malade a présenté des attaques ressemblant absolument à l'attaque d'appendicite : tout à coup, en bonne santé, douleurs violentes à droite, ballonnement ; vomissements ; parésie intestinale, parésie et dysurie vésicales ; attaques répétées, s'accompagnant d'une poussée fébrile peu intense et durant peu. Ces phénomènes, il est vrai, peuvent s'observer dans les poussées inflammatoires de la trompe et de l'ovaire. Sans doute, mais je ferai observer que, dans le cas présent, nous avions affaire à une jeune fille vierge, n'ayant donc subi aucune contamination, ne présentant ni antérieurement ni actuellement aucune atteinte de métrite, n'ayant, en outre, rien dans ses antécédents personnels ou héréditaires qui pût faire naître l'idée d'une lésion constitutionnelle ou diathésique, chez laquelle, enfin, la menstruation se faisait régulièrement et sans trouble.

Mais il y a plus, et l'examen des lésions fut nettement démonstratif. L'appendice, en effet, coupant en X le détroit supérieur du bassin, l'uretère, les vaisseaux iliaques et utéro-ovariens, mais librement dans tout ce parcours, descendait verticalement dans l'excavation, et c'est très bas dans cette excavation, derrière l'utérus, dans le Douglas, que s'était constitué le magma inflammatoire que j'ai signalé plus haut. Les annexes, peu développées d'ailleurs, à leur place, n'avaient pu aller chercher l'appendice pour l'amener à eux, c'était lui-même qui, en position pelvienne, frappé d'inflammation, les avait secondairement intéressés. Enfin, tandis que l'appendice est profondément altéré, la trompe et l'ovaire n'ont que des lésions d'importance tout à fait secondaire ; l'ovaire est scléro-kystique, la trompe est un peu épaissie, mais elle a gardé son pavillon presque intact, et si ces organes n'avaient été si intimement compris dans le magma inflammatoire, si je n'avais dû les réséquer pour amener l'appendice et libérer l'intestin, j'aurai pu, je crois, sans grand inconvénient, les laisser. C'est ce que je fis pour les annexes du côté gauche qui étaient elles-mêmes quelque peu emprisonnées et attirées vers la droite par des adhé-

rences, dont la trompe était turgescente, mais dont l'ovaire avait son aspect normal. Je les libérai assez facilement, et je les abandonnai.

Telles sont les raisons qui me font dire et affirmer qu'ici l'organe coupable fut l'appendice. Et il doit en être bien souvent ainsi dans les cas de lésion concomitante de l'appendice et des annexes du côté droit, voire même du côté gauche.

J'ai opéré, il y a dix-huit mois, au milieu de difficultés considérables dues à l'épuisement de la malade, aux adhérences de la tumeur, une dame de 36 ans, d'un volumineux kyste de l'ovaire gauche. Ce kyste était suppuré depuis longtemps, la suppuration entraînait depuis plusieurs mois des sueurs, des accès de fièvre, de l'hecticité, et un état grave de consomption. Or, il existait à droite, en partie fusionnée avec ce kyste, une masse inflammatoire au centre de laquelle l'appendice venait se perdre au milieu d'un magma puriforme, qui rendait compte d'attaques nombreuses d'accidents gastro-intestinaux et péritonéaux, s'accompagnant de douleurs violentes et localisées à droite. Ces accidents étaient sous la dépendance d'une appendicite à rechute, et j'ai toujours pensé que c'était ce foyer de suppuration péri-appendiculaire qui avait entraîné la suppuration du kyste de l'ovaire, car rien, ni dans les antécédents de la malade, ni dans la nature du kyste, simple, uniloculaire, non tordu sur son pédoncule, ne pouvait expliquer la transformation purulente du contenu de la poche.

Pour terminer ce qui a trait à l'observation de la malade dont je vous présente les pièces, je dirai qu'ayant trouvé dans le foyer inflammatoire formé par les organes pelviens quelques gouttes d'une matière épaisse, crémeuse, puriforme, je fis un drainage à la Mickulicz du Douglas qui fut laissé deux jours en place. La malade va tout à fait bien et peut être considérée comme guérie.

OBSERVATION LVII

Spaeth. *Tuberculose péritonéale disséminée. Tuberculose annexielle et cœcale.* (Deutsch. medic. Wochenschr. 1889).

X..., 32 ans, mariée depuis sept ans, trois enfants. Depuis quatre mois, elle souffre du côté droit du ventre ; depuis cinq mois aménorrhée. Depuis trois semaines, elle sent une tumeur dure du côté droit ; en même temps, douleurs plus grandes, alternatives de diarrhée et de constipation. Amaigrissement, jamais de toux. Cachectique. Rien aux poumons. Ventre modérément gonflé; un peu d'ascite. Adénite inguinale bilatérale. Du côté du cœcum, tumeur dure, tuberculeuse, du volume du poing paraissant appartenir à l'intestin, ou lui adhérant. Par le vagin, on sent la surface bosselée de la tumeur qu'on ne peut différencier des annexes droites. Utérus petit, atrophique. Trompe et ovaire gauches normaux au palper. Après quatre jours de traitement, augmentation de l'ascite. La température ne descend pas au-dessous de 38°.

Opération. — L'épiploon épaissi, avec dilatation veineuse et ganglions volumineux du côté droit de la paroi, avec laquelle il est intimement uni. Tuberculose étendue du péritoine et de la séreuse de l'intestin. Le siège principal de cette maladie est le cœcum, dont la paroi est très épaissie, adhérente à la trompe droite et l'ovaire. On ne peut, à cause de cette adhérence, terminer l'opération. Le cinquième jour, décès.

Autopsie. — Pas de péritonite récente, un peu d'ascite sanglante. La tuberculose s'étend sur tout le côté droit de l'utérus. Dans l'ovaire, plusieurs petits foyers purulents. Oblitération de la trompe à son extrémité externe. Elle est dilatée et contient un peu de pus : on y trouve des bacilles.

Conclusion. — Tuberculose disséminée du péritoine partant d'une affection analogue de la trompe droite.

(D'après la traduction Leuret).

OBSERVATION LVIII

KRAUS. *Salpingite et appendicite tuberculeuses.* (Monatschr. für Geburt und Gynæk. Vol. XV).

30 ans, multipare. Salpingo-ovariotomie droite.

L'ovaire n'est pas tuberculeux. L'extrémité abdominale de la trompe oblitérée est tuberculeuse. Granulations péritonéales. Le point de départ est l'appendice qui est nettement tuberculeux.

OBSERVATION LIX

TÉDENAT ET ITIÉ. *Tuberculose hypertrophique du cœcum confinant à une masse tuberculeuse dans laquelle sont compris utérus et annexes droits.* (Th. ITIÉ, Montpellier, 1898). « Tuberculose intestinale hypertrophique ».

Louise G..., ménagère, entre à l'hôpital, le 4 janvier 1890.

Antécédents héréditaires. — Bons : père vivant, mère morte à la suite d'un refroidissement, frère et sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure; réglée à 13 ans, sans douleurs ; depuis lors, les règles sont régulières, durant trois à quatre jours. Mariée à 19 ans, trois grossesses, toutes trois à terme et terminées par la naissance d'enfants vivants ; tous les trois sont morts en bas âge, de maladie inconnue.

Il y a trois ans, la malade ressentit dans la fosse iliaque droite des picotements, en même temps des tiraillements dans les reins pendant un mois. Constipation habituelle. Depuis deux mois, gêne dans la marche.

Etat actuel. — Femme de taille moyenne, bien constituée, encore assez grasse, bien qu'elle dise avoir maigri ; la physionomie est colorée ; peu d'appétit.

Douleurs marquées dans la fosse iliaque droite, spontanées et à la pression. Menstruation peu abondante. Au toucher vaginal, l'utérus paraît mobile, le col légèrement ouvert et induré, les culs-de-sac libres.

Dans la fosse iliaque droite on sent une tumeur remontant au niveau de l'ombilic et atteignant la ligne médiane. Elle paraît adhérer au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure et à la partie externe du ligament de Fallope. La tumeur est dure, lisse, la peau est très mobile au-devant de la tumeur. En arrière d'elle on peut passer la main, en refoulant la paroi abdominale. Une intervention est acceptée.

7 janvier. — Incision oblique de haut en bas et de dedans en dehors, commençant à deux centimètres de l'ombilic et mesurant 12 centimètres environ. On arrive sur une masse graisseuse, qui n'est pas autre chose que l'épiploon fortement épaissi et dont une sorte de prolongement inférieur s'enfonce et se fixe derrière le pubis, ligature et section de ce prolongement. On tombe alors sur une masse dont font partie la fin de l'iléon et le cœcum. L'intestin est fixé au-dessus et au-dessous de la masse entre les mors de deux pinces courbes et la masse est réséquée. Ablation de l'extrémité inférieure du tablier épiploïque, qui est fortement épaissi et induré. Il reste encore des masses dures que l'on ne retire pas, appliquées au fascia iliaca. Les ganglions lombaires sont engorgés. Entérorrapie circulaire.

Suture de la moitié supérieure de l'incision. Une mèche de gaze iodoformée faisant drainage est introduite dans la plaie et ressort par son extrémité inférieure.

La malade ne paraît pas fatiguée à son réveil.

Le soir, T. 37°2, pas de vomissements.

8. — T. matin : 37°9 ; soir : 37°5. Pouls, 116.

La malade n'a pas dormi, elle se sent très affaiblie, se plaint de coliques à gauche.

9. — La malade a vomi un peu de lait ; quelques gargouillements intestinaux ; pas de douleurs dans le ventre.

10. — La malade est plus abattue qu'hier. Elle a rendu un ou deux gaz dans la nuit. Pouls petit et rapide. Douleurs très violentes, surtout à gauche. Mort dans la nuit.

Examen des pièces. — La partie enlevée se compose de 0 m. 08 d'intestin grêle et des trois quarts du cœcum, l'appendice y compris.

L'intestin grêle a des parois épaissies, dures, d'un blanc fibreux à la coupe. Toute la paroi postérieure du cœcum forme une masse dure, bosselée, dont l'épaisseur varie selon les points de 0,02 à 0 centim. 04.

On a enlevé aussi un gros bloc d'épiploon, qui présente les mêmes altérations. Le péritoine, les ganglions étaient envahis, présentant plusieurs noyaux adhérents. Le péritoine pariétal est envahi et épaissi, de même que le fascia iliaca, jusqu'au rebord de l'os iliaque.

L'examen microscopique fait par M. Kiener a fait constater des cellules géantes rares et quelques follicules tuberculeux.

Autopsie. — Faite quelques heures après la mort. A l'ouverture de la cavité abdominale, pas de lésion de péritonite aiguë. Dans la fosse iliaque droite, masses dures, tendues sur le muscle iliaque et le psoas.

Utérus et annexes unis par des adhérences nombreuses. A droite notamment, la trompe et l'ovaire semblent se continuer avec le paquet fibreux signalé au niveau du proas.

La suture intestinale n'a pas donné issue à des matières fécales ; la masse intestinale est considérablement distendue, ballonnée par des gaz.

OBSERVATION LX

J. Abadie de Montpellier. *Tumeur solide bilatérale de l'ovaire pour laquelle trois diagnostics furent successivement émis : tuberculose péritonéale et tuberculose des annexes, fibro-sarcome de l'ovaire et endothéliome.* (Bull. Soc. Anat. 1901, p. 392).

C... Gertrude, 36 ans, entre le 28 avril à l'hôpital avec le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

Sans antécédents héréditaires, cette femme a eu un avortement il y a huit ans ; depuis ce moment, ménorrhagies fréquentes, abondantes. Il y a six ans, congestion pulmonaire avec hémoptysies.

La malade fait remonter le début de sa maladie actuelle à quatre mois ; dernières règles le 5 janvier ; quelques jours après, métrorrhagie abondante suivie de coliques violentes dans le petit bassin, ces coliques ont duré deux mois et se sont accompagnées d'une augmentation rapide du volume de l'abdomen avec amaigrissement prononcé.

Actuellement, ascite considérable, palpation non douloureuse. Au toucher vaginal, légèrement douloureux, culs-de-sac latéraux occupés par deux masses difficilement perceptibles ; à gauche, tumeur mobile à laquelle le doigt peut imprimer des ballottements ; à droite, résistance plus fixe et cul-de-sac effacé.

La malade n'a pas d'appétit ; jamais de vomissements, forte constipation. Les mictions sont douloureuses et fréquentes depuis trois mois environ, l'urine est normale.

Etat général défectueux ; amaigrissement, perte des forces.

Diagnostic. — M. le professeur agrégé Imbert pense à une péritonite tuberculeuse avec réserves sur la nature de la ou des tumeurs perceptibles au toucher vaginal.

Opération, le 4 mai 1901. — Anesthésie à l'éther. Laparotomie

médiane sous-ombilicale. Six litres au moins de liquide ascitique clair, citrin, non hémorrhagique s'écoulent. L'intestin anormalement vascularisé est criblé d'un semis de granulations miliaires ; des adhérences peu résistantes réunissent les anses grêles. A gauche, on trouve une tumeur indépendante de l'utérus, non incluse dans le ligament large, située en arrière de la trompe saine, non adhérente à l'intestin ni au péritoine pariétal, bien pédiculisée. Ablation de la tumeur et de la partie externe de la trompe. A droite, il existe une tumeur de même aspect, de même volume, mais solidement soudée au péritoine pariétal et adhérente à plusieurs anses intestinales. On ne tente pas l'ablation.

On éponge bien tout le liquide ascitique, on draine, on ferme.

8 mai. — Premier pansement. On enlève les drains.

28. — La malade sort, réunion per primam. Etat général peu amélioré. Pas d'ascite nouvelle. Au toucher vaginal, le doigt est vite arrêté par une résistance dure, nullement mobile ; le petit bassin tend de plus en plus à être envahi. Œdème des membres inférieurs de la fin de la journée.

Examen de la pièce. — Macroscopiquement, la tumeur, du poids de 195 grammes, du volume d'un poing, forme une masse multilobulée, à surface grossièrement mamelonnée, de couleur claire, très légèrement vascularisée, lisse au toucher. Elle se compose grossièrement de trois lobes, l'un supérieur bien individualisé, les deux autres latéraux portent des bosselures plus ou moins hémisphériques de volume variable. La trompe paraît normale ainsi que le pavillon. La consistance de la tumeur est ferme et uniforme. A la coupe, en quelque point que portent les sections, on trouve des noyaux à contours peu nets, ordinairement circulaires, d'aspect blanc, résistants, de volume très variable, qui semblent être inclus dans un tissu moins dense.

Microscopiquement, en aucun point, on ne distingue la structure habituelle de l'ovaire dont il est même impossible de retrouver aucun élément. En aucun point, on ne retrouve de cellules géantes ni de foyers de ramollissement. Quant à la

nature de la tumeur, M. le professeur Bosc estime qu'il s'agit d'un endothéliome.

En résumé, ascite, granulations miliaires sur le péritoine, tumeur solide bilatérale de l'ovaire avec adhérences d'un côté chez une femme de 36 ans dont l'état général est altéré. Les différents diagnostics plausibles et successivement émis sont les suivants :

1° *Tuberculose péritonéale et tuberculose des annexes.* — L'ascite, les granulations miliaires, la bilatéralité des lésions ovariennes, l'existence d'adhérences plaidaient en faveur de ce diagnostic. Mais trompe saine, pavillon normal. Une tuberculose de l'ovaire, sans participation du péritoine péri-ovarique ni de la trompe devenait fort improbable. (Guillemain nie son existence). L'examen histologique ne montre rien de tuberculeux.

2° *Fibro-sarcome de l'ovaire.* — C'est là une affection assez rare, surtout quand la tumeur est bilatérale (Bourgoin sur plus de 30 observations ne rapporte qu'un cas de fibro-sarcome bilatéral de l'ovaire, cas emprunté à Fred. Waggin). L'ascite pouvait faire penser à une péritonite tuberculeuse concomitante ou plus rationnellement à une généralisation de sarcome. Les caractères de tumeur à marche rapide, à consistance dure, la précocité de l'ascite et des adhérences, les troubles de la miction, l'altération de l'état général, l'aspect microscopique des lésions en certains points sont en faveur du sarcome, mais ils sont aussi en faveur de :

3° *L'endothéliome*, diagnostic auquel se rattachait M. le professeur Bosc en se basant surtout sur l'examen histologique.

OBSERSATION LXI

A. Claisse et Dartigues. *Tuberculose des trompes et des ovaires; fibro-myomes utérins.* (Bull. Soc. Anat., 1900, p. 127).

Nous avons l'honneur de présenter à la Société l'observation d'une malade adressée par le Dr Pinard à M. Segond qui l'a opérée pour annexite. Cette opération correspond à la 412e de la série d'hystérectomies vaginales pratiquées par M. Segond pour péri-métro-annexites.

Il s'agit d'une malade âgée de 42 ans.

Antécédents. — Elle a été réglée à 13 ans, et mariée à 18 ans et demi.

La menstruation a toujours été régulière, mais toujours douloureuse.

Elle n'a jamais eu de grossesse ni de fausse couche.

C'est une malade gastralgique depuis l'âge de 12 à 13 ans. Elle n'a jamais toussé et n'a jamais eu d'hémoptisies.

Affection actuelle. — Le début de l'affection annexielle est indéterminé.

Le diagnostic de salpingite a été porté pour la première fois par Terrillon en 1889.

Depuis deux ans, la malade a eu deux ou trois poussées de pelvi-péritonite.

Il y a deux mois, le Dr Pinard et M. Segond ont conseillé l'ablation totale de l'utérus et de ses annexes.

Hystérectomie, le 16 janvier 1900.

Hystérectomie assez laborieuse.

Rien de particulier à noter au point de vue opératoire, si ce n'est qu'à l'ouverture des culs-de-sac vaginaux, il ne s'est pas écoulé de sérosité, pouvant indiquer une ascite pelvienne symptomatique de lésions bacillaires péritonéales de voisinage.

Examen macroscopique. — L'utérus, augmenté de volume,

renferme un certain nombre de tumeurs encapsulées, blanches, dures.

La trompe droite, allongée, flexueuse, est volumineuse ; sa paroi a subi un épaississement irrégulier; la cavité, légèrement agrandie, ne renferme pas de pus.

L'ovaire droit est gros, creusé de nombreux kystes à contenu hématique et séreux.

A gauche, les annexes forment une masse unique ovoïde (7 c. 1/2 sur 14 cm.) ; leur surface est recouverte de trous d'adhérences, sans granulations. A la coupe, on constate que cette masse est formée de deux tissus intimement soudés : la partie inférieure, réduite à une couche assez mince, creusée de quelques petites cavités kystiques, ressemble au tissu ovarien. La partie supérieure, entourée d'une mince coque rougeâtre, est d'un blanc-jaunâtre, mollasse, granuleuse ; elle est formée de gros nodules d'aspect caséeux, cérébriforme, qui, en plusieurs points, se sont ramollis dans leur centre et ont formé des poches purulentes. L'une d'elles est plus volumineuse : elle communique avec le pédicule étroit de la masse qui est formé par une courte portion de la trompe.

Examen microscopique. — La paroi utérine présente des lésions habituelles (inflammations légères), des utérus fibromateux ; nous n'avons pu examiner la muqueuse détruite pendant l'opération.

Les tumeurs utérines sont des fibromyomes, offrant la structure ordinaire.

Annexes du côté gauche. — La partie périphérique de la portion dégénérée présente des altérations inflammatoires caractérisées par : 1° De nombreux et larges amas de cellules rondes, principalement au niveau de petits vaisseaux ; 2° Un gonflement de l'endothélium et une hypertrophie parfois considérable des parois de ceux-ci, lésions qui aboutissent au rétrécissement et même à l'oblitération de quelques canaux sanguins ; 3° Une infiltration fibreuse, d'où atrophie très notable des éléments musculaires.

Les portions centrales sont formées par un tissu granuleux, parfois vaguement fibrillaire, renfermant des cellules rondes de petites et grandes dimensions et un certain nombre de cellules géantes typiques.

Les coupes portant sur la partie libre de la trompe, en dehors de la grosse masse avec laquelle elle communique, montrent, au centre, des formations épithéliales, pseudo-glandulaires, dans un tissu lymphoïde abondant, entouré d'une couche musculaire.

Au niveau des portions d'aspect ovarique, nous voyons un tissu fibro-musculaire plus dense, peu dégénéré. On rencontre quelques très rares follicules de de Graaf, bien reconnaissables, des artères helicines, un gros coagulum fibrineux, adhérent (corps jaune).

La masse est donc bien formée en partie par la trompe dégénérée, en partie par l'ovaire atrophié.

L'ovaire droit est également altéré ; en le coupant on voit son tissu renfermant des ovisacs, quelques-uns sont dilatés ; on aperçoit la paroi des kystes revêtue d'un épithélium en partie détruit ; enfin on tombe sur une portion dégénérée : tissu nécrosé au centre, lymphoïde à la périphérie, qui renferme un assez grand nombre de cellules géantes.

La paroi musculaire de la trompe droite est infiltrée de tissu fibreux adulte et de cellules embryonnaires. La muqueuse est considérablement épaissie et transformée : elle est formée par une épaisse couche lymphoïde circonscrivant le contour irrégulier de la cavité, qui est dépourvue de revêtement épithélial. L'épithélium est réduit à quelques formations incluses dans le tissu lymphoïde et y prenant l'aspect de culs-de-sac glandulaires. Enfin dans ce tissu également, nous rencontrons un assez grand nombre de cellules géantes. Un gros amas lymphoïde est situé dans la paroi, près de la surface extérieure de la trompe : c'est un follicule tuberculeux avec cellules géantes.

Nous avons recherché, en vain, les bacilles tuberculeux.

1° L'assez grande rareté de la tuberculose des annexes de

l'utérus rend, tout d'abord, intéressante cette pièce où nous voyons les lésions localisées, évidentes et très développées dans les annexes fusionnées du côté gauche, moins nettes, à l'œil nu, du côté droit;

2° Nous relevons que la malade, de faible constitution, était un terrain prédisposé, mais qu'elle n'a pas d'autres lésions bacillaires ;

3° L'infection a donc, peut-être, une origine génitale, en faveur de laquelle plaide encore la stérilité;

4° Celle-ci peut être en effet due à des lésions bacillaires spermatiques du mari ; nous ne possédons pas de renseignements sur ce dernier ;

5° Y a-t-il un rapport entre ces annexites tuberculeuses et la fibromatose utérine ? On sait l'origine inflammatoire des fibromyomes de l'utérus (Voir la thèse de l'un de nous sur ce sujet : André Claisse, Paris 1900) : il est possible que dans ce cas ce soit une infection tuberculeuse qui doive être incriminée. On peut penser, inversement, que les lésions inflammatoires banales de l'utérus fibromateux et de ses annexes ont créé un terrain favorable à l'éclosion de la tuberculose tubo-ovarique. Nous n'avons pas d'éléments pour trancher la question.

OBSERVATION LXII

Bouilly et Gorowitz. *Kyste végétant de l'ovaire. Salpingite et péritonite tuberculeuses.* (Thèse Gorowitz. Paris, 1899-1900, p. 81). De la tuberculose génitale chez la femme.

F. B..., 48 ans, entre à l'hôpital Cochin, pavillon Velpeau, le 21 juin 1899, lit n° 8.

Pas d'antécédent génital, pas d'accouchement ni de fausse couche. Bien portante jusqu'en 1898 ; elle commence à souffrir il y a dix mois. Douleurs continuelles dans le bas-ventre, moins vives le soir et dans la nuit. Pertes blanches abondantes et

d'odeur fétide. Pertes rouges. Troubles de menstruation. La malade, normalement réglée autrefois, a remarqué, depuis le début de sa maladie, que la durée de ses règles a diminué (deux jours au lieu de quatre).

Pas d'amaigrissement, conservation de l'appétit, fièvre il y a quinze jours. Constipation. Urines normales.

Examen de l'abdomen. — A la palpation, on sent une tumeur située nettement dans la fosse iliaque droite, du volume du poing, mobile, douloureuse à la pression.

Toucher vaginal. — Utérus en position normale, un peu gros, son fond est perceptible au-dessus du pubis.

Rien dans les culs-de-sac latéraux.

Dans le cul-de-sac postérieur, on sent la tumeur abdominale qui paraît fluctuante et indépendante de l'utérus, et qui remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Diagnostic. — Kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Opération le 27 juin 1899. Laparotomie ; à l'ouverture du péritoine, il s'écoule environ un demi-litre de liquide séro-sanguinolent.

A droite, kyste de l'ovaire, du volume de deux poings, adhérant aux organes voisins. Au cours des manœuvres, rupture de plusieurs poches à contenu séreux plus ou moins louche et hématique.

La trompe droite est très dilatée, surtout dans sa moitié externe ; ses parois sont épaissies. La surface externe est criblée de granulations variant du volume d'une noisette à celui d'un grain de plomb.

La trompe, dans son ensemble, adhère d'ailleurs intimement au kyste.

A gauche, dégénérescence kystique de l'ovaire, dont le volume est double. La trompe peu épaissie est parsemée de granulations.

Mêmes granulations sur le péritoine pariétal et sur le péritoine du corps utérin.

L'ablation bilatérale des annexes est pratiquée sans grande difficulté. Drainage. Suites simples. L'abdomen reprend peu à

peu sa souplesse et la malade quitte l'hôpital le 5 août, en bon état de santé.

Examen de la pièce. — La tumeur enlevée se compose de deux parties :

1° L'une, la plus volumineuse, est franchement constituée par l'ovaire considérablement augmenté de volume, d'apparence sarcomateuse et polykystique.

2° L'autre, par la trompe hypertrophiée est confondue à sa partie externe et inférieure avec les parties sous-jacentes du néoplasme de l'ovaire.

Tout le péritoine péritubaire est recouvert de granulations de volume inégal, analogues à celles que l'on peut constater sur le péritoine pariétal et intestinal.

A la coupe, les parois de la trompe, considérablement hypertrophiées, ont l'apparence néoplasique. La muqueuse tubaire est transformée en une surface bourgeonnante faisant hernie à la coupe. Les parois fibreuse et musculaire de la trompe sont épaissies, blanches et lardacées, très adhérentes au péritoine périsalpingien, lui-même très épaissi.

Examen histologique fait par M. Letulle. — Le kyste de l'ovaire droit présente la structure habituelle des néoplasmes épithéliaux végétants de l'ovaire.

Trompe droite. — La tunique externe séreuse est infiltrée par des traînées épithéliales néoplasiques. La muqueuse et la tunique moyenne sont criblées de follicules tuberculeux (Letulle).

Il y a donc coexistence très nette chez cette malade d'un kyste végétant de l'ovaire et d'une salpingite tuberculeuse.

OBSERVATION LXIII

Braye. *Tuberculose primitive génitale post-abortive.* (Th. Braye, Paris 1902). « Tuberculose génitale ».

X.., vingt-quatre ans, entre le 12 février 1889, service de M. le professeur Cornil.

Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à treize ans.

Octobre 1888, fausse couche de quatre mois. Hémorrhagies, fièvre, douleurs ; reste trois mois avec des pertes blanches. Quinze jours après, amaigrissement, fièvre, douleurs, ventre gros.

12 mars. — Craquements aux deux sommets.

13 avril. — Mort.

Autopsie. — Adhérence des intestins, de l'épiploon. Organes du petit bassin agglutinés ensemble. Trompe gauche coiffe l'utérus, pleine de pus caséeux. Chaque frange présente l'aspect d'une végétation caséeuse. Ovaire caséifié.

Surface intérieure de l'utérus recouverte de bourgeons, développés surtout au point d'insertion du placenta ; sur ces bourgeons, granulations et masses caséeuses.

Sur la portion utérine du col, bourgeons plus récents. Ulcération sur la portion vaginale du col.

OBSERVATION LXIV

Thiercelin. *Tuberculose primitive des trompes de l'utérus et du vagin consécutive à un avortement ; tuberculose pulmonaire secondaire.* (Bull. Soc. Anat. avril 1889, p. 313).

Françoise, 24 ans, ouvrière, entre le 12 février 1889, salle Saint-Landry, Hôtel-Dieu. Service de M. Cornil.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Réglée à treize ans, jamais eu d'enfant, bien portante jusqu'ici. Fausse couche de quatre mois, en octobre dernier. A la suite, ménorrhagie abondante, fièvre et douleurs dans le bas-ventre. Température atteignant 40°. Resta deux mois à la Maternité avec des symptômes de péritonite. Elle perdait abondamment en blanc et avait, par jour, trois injections. Sort de la Maternité, très amaigrie. Quinze jours après sa sortie, vomissements incessants, douleurs dans le bas-ventre. Amaigrissement croissant de jour en jour. Seul, l'abdomen reste augmenté de volume. Elle est obligée de se coucher, puis d'entrer à l'hôpital.

A son entrée, très amaigrie, traits tirés, répond avec lenteur aux questions. Température, matin, 37°5 ; le soir, 39°. Appétit faible, langue blanche, vomissements fréquents, surtout quand les douleurs abdominales s'exagèrent. Alternance de diarrhée et de constipation. Ventre un peu augmenté de volume, douloureux à la palpation, surtout à l'hypogastre. On sent dans cette région, un empâtement qui s'étend à droite et remplit, en partie, la fosse iliaque. Cette région est mate à la percussion. Urines normales.

La malade n'a pas eu ses règles depuis sa fausse couche, mais, depuis cette époque, elle a eu constamment de la leucorrhée. Le toucher vaginal révèle un empâtement des culs-de-sac, surtout du postérieur, et la présence d'ulcérations granuleuses sur les deux lèvres du col utérin. Pas d'examen au spéculum. La malade ne tousse pas. Aucun signe par l'auscultation très attentive. Bientôt arrêt de la diarrhée. Les vomissements et la leucorrhée persistent, l'abdomen devient douloureux, l'amaigrissement augmente rapidement. Température 38-39°. Malade se cachectisant rapidement.

12 mars. — La malade se met à tousser. Aux sommets, craquements secs légers. La cachexie et les lésions pulmonaires font de rapides progrès. Bientôt râles sous-crépitants dans les deux poumons.

Pendant tout le temps de sa maladie, la malade se plaint

d'une leucorrhée abondante et reçoit tous les jours deux injections au sublimé.

Autopsie. — 14 avril.

Péricarde contient du liquide séreux.

Cœur. — Insuffisance et rétrécissement mitral.

Plèvre droite. — Remplie de granulations tuberculeuses et de liquide louche.

Poumon droit. — Cavernules et tubercules dans les deux lobes supérieurs.

Plèvre gauche. — Liquide séro-fibrineux.

Poumon gauche. — Mêmes lésions qu'à droite, mais moins avancées.

Diaphragme. — Recouvert sur ses deux faces de granulations analogues à des lentilles ou à des grains de chenevis.

Grand épiploon. — Adhère en bas au bord supérieur de la vessie et aux organes du petit bassin épaissi, rempli de granulations tuberculeuses et de masses caséeuses. Il est séparé de l'intestin grêle par un liquide fibrineux, peu abondant, contenu dans une loge, limité en avant par l'épiploon ; en arrière, par l'intestin ; en bas, par les organes du petit bassin.

Les organes du petit bassin sont agglutinés et il est impossible de les isoler sur le cadavre.

Au milieu du petit bassin, apparaît un corps volumineux semblant être l'utérus et à droite de lui, on aperçoit le pavillon de la trompe droite ouverte dans la cavité péritonéale, mais difficilement reconnaissable.

Après les avoir enlevés en masse, M. Cornil les isola et reconnut les lésions suivantes :

L'utérus semble d'abord augmenté de volume, dans le sens de la longueur, mais on reconnut, bientôt, que la trompe gauche était repliée plusieurs fois sur elle-même, et formait ainsi une masse arrondie, enfermée dans une enveloppe fibreuse et coiffant le fond de l'utérus, auquel elle adhère intimement. Cette trompe est très dilatée et, sectionnée transversalement, montre un pus caséeux et épais qui la distend. Le pavillon

de cette trompe gauche est absolument perdu dans cette masse.

Trompe droite à sa place normale, mais très augmentée de volume, avec des sinuosités qui la font ressembler à une circonvolution cérébrale. Elle est également tout entière contenue dans une enveloppe fibreuse et sa section fait voir, également, un pus épais et caséeux. Le pavillon de cette trompe est, comme nous l'avons dit, ouvert dans sa cavité péritonéale. Il est très épais et présente, à chacune de ses franges, l'aspect d'une végétation caséeuse. Toute la surface interne de l'utérus est recouverte de bourgeons irréguliers, surtout développés en un point de la paroi utérine, qui devait être le lieu d'infection du placenta.

Sur ces bourgeons, granulations très nombreuses et masse caséeuse opaque et saillante. De semblables bourgeons recouvrent la portion utérine du col, mais ceux-ci sont moins proéminents et semblent d'un processus plus récent.

L'orifice externe du col est déchiqueté et irrégulier, et présente des éraillures profondes et taillées à pic, dont les bords présentent, par place, des corps jaunâtres ressemblant à des tubercules. Ces ulcérations sont très profondes, elles ont en partie détruit la portion vaginale du col utérin et l'ont transformée en une sorte de tissu spongieux. Le vagin présente également, sur ses parois, de nombreuses ulcérations.

Celles-ci forment des groupes de cinq à dix situés, l'un sur la paroi postérieure, l'autre sur la paroi antérieure, quelques-unes sont disséminées sur les parois, au niveau de la partie moyenne du vagin, mais les plus petites de ces ulcérations ont quelques millimètres de diamètre, et sont parfaitement circulaires, taillées comme à l'emporte-pièce.

Les plus larges, formées par la réunion de plusieurs petites, ont des bords irréguliers et une forme moins nettement définie. Une d'entre elles, située à la partie moyenne de la paroi postérieure, a au moins un millimètre de diamètre.

Ces ulcérations ont leurs bords taillés à pic, mais elles sont beaucoup moins profondes sur le vagin que sur le col utérin.

Le pont est inégal et recouvert d'une matière caséeuse et puriforme. La tunique séreuse de l'intestin est recouverte de granulations, mais la tunique muqueuse du tube digestif ne présente aucune ulcération.

Foie volumineux. Capsule de Glisson recouverte de granulations. Les autres organes ne présentent rien à noter.

Réflexions. — C'est un cas manifeste de tuberculose primitive des organes génitaux, car les accidents pelviens ont été les premiers en date, et ce n'est qu'après les organes du petit bassin que le péritoine fut envahi par la tuberculose et, en dernier lieu, les poumons.

Cette observation doit être ajoutée aux observations, déjà nombreuses, de tuberculose primitive des organes génitaux de la femme. Le traumatisme utérin produit par la fausse couche a été, ici, le point de départ des accidents, et la plaie placentaire a été manifestement, la porte d'entrée de la bacillose.

Il reste à savoir d'où sont venus les germes.

L'examen histologique, fait par M. Cornil, a montré qu'il y avait un bourgeonnement assez considérable du tissu conjonctif du corps et du col de l'utérus. Dans le corps, en particulier, on a affaire à de grandes végétations irrégulières, fibreuses et vascularisées dont les vaisseaux possèdent des parois épaisses. Ces vaisseaux offrent même des lésions inflammatoires chroniques de leur membrane interne, comme cela a lieu après la gestation. Ce tissu conjonctif végétant du corps, se rapporte, bien évidemment, au point de l'implantation du placenta. Par place dans ce tissu, on trouve, soit une infiltration étendue par des cellules hyalines atrophiées, soit des îlots caséeux plus petits et bien limités. Ces derniers siègent, surtout autour des vaisseaux. Nous n'avons pas vu de cellules géantes dans les îlots, ni dans les infiltrations caséeuses.

Lésions analogues dans la muqueuse du col.

Ulcérations vaginales.

Les bords sont filtrés de petites cellules et cette infiltration s'étend dans une étendue d'un demi à un millimètre. Dans

toute cette partie enflammée, les vaisseaux sont oblitérés par des coagulations de fibrines englobant les cellules lymphatiques. Nous n'avons pas vu là de cellules géantes, mais seulement, à la périphérie sous l'épithélium, encore intact, des îlots arrondis.

Nous n'avons pas pu y découvrir des bacilles de la tuberculose.

OBSERVATION LXVI

Alexander et Moskowicz. *Grossesse extra-utérine infundibulo ovarienne et tuberculose tubaire et péritonéale* (Monatschr. f. Gebürtshülfe und gynœkologie, 1900. Août t. XII, fasc. 2, p. 182-184).

Femme de 35 ans, nullipare, a des douleurs hypogastriques et des métrorrhagies avec état général mauvais. On trouve une ascite et une tumeur annexielle gauche.

Laparotomie. — Demi-litre de liquide séreux trouble. Nodules tuberculeux miliaires sur le péritoine viscéral et pariétal. Pas d'adhérences. A l'extrémité abdominale de la trompe gauche, tumeur bleu-rougeâtre, en massue, du volume d'un œuf d'oie. L'ovaire adjacent est normal. Extirpation en masse de la tumeur et de la trompe gauche. Guérison.

Dans la tumeur incisée un embryon de 20 millimètres. La trompe présente une deuxième cavité remplie de caillots sanguins, son péritoine présente en outre de nombreux nodules miliaires tuberculeux.

L'examen histologique n'a montré aucune altération déciduale ni au niveau de la trompe ni au niveau de la tumeur.

(D'après le rés. de le Für. *Rev. de gyn.*, 1901).

OBSERVATION LXVI

WARTHIN. *Grossesse ectopique. Tuberculose des trompes, des ovaires du placenta et du fœtus* (Medical News, Sept. 1896).

Femme de 38 ans, mariée depuis 13 ans. Pas d'accouchements normaux, ni fausse couche. Bien réglée jusqu'en août 1895, où la menstruation s'arrête.

Bien portante d'août jusqu'au mois d'octobre où elle fut prise d'une douleur vive du côté gauche avec tendance au collapsus ; deux jours après, nouvelle attaque plus légère ; troisième attaque après six jours, avec douleurs violentes, obligée de prendre la morphine.

Il se déclare une péritonite généralisée ; on pense à une occlusion intestinale. Elle guérit vite de cette crise ; un mois après, nouvelles douleurs dans le bas-ventre, en même temps qu'apparition d'un écoulement brun-foncé, écoulement contenant des masses caséeuses, du pus épais, d'odeur fétide, et l'on y constate en plus un corps ayant l'apparence d'une petite poche. Les douleurs continuent, la malade ne pouvant plus garder aucune position. Elle revit ses règles en février et mars 1896.

Entre à l'hôpital le 29 mars 1896. Etat général satisfaisant. pas de troubles digestifs, rien du côté du cœur ou des poumons, pas de température dans la semaine avant l'opération, aucun symptôme pouvant faire soupçonner la tuberculose. A l'examen, le 27 mars, on constate une douleur à gauche dans l'abdomen avec un peu d'empâtement. Utérus rétro-fléchi, immobile, douloureux.

A gauche de l'utérus, on constate une masse ovale, irrégulière et sensible. Légère quantité de pus dans les urines. Pas de bacilles tuberculeux dans les sécrétions vaginales.

Diagnostic. — Grossesse intra-utérine.

Opération le 3 avril. — Vascularisation extrême des organes. Adhérences de l'utérus, des annexes et des intestins.

Trompe droite dilatée, tortueuse ; ovaire kystique.

Ovaire gauche en situation normale, augmenté de volume, kystique.

Trompe gauche également dilatée et épaissie. Extirpation des annexes ; on constate à l'extrémité une masse hémorrhagique du volume d'une noix. Derrière la trompe droite on trouve le kyste fœtal, qui fut extrait avec son contenu.

L'examen des pièces montre des lésions nettes de tuberculose dans l'ovaire droit, avec présence de bacille. Mêmes lésions à gauche, mais moins prononcées. L'examen du kyste fœtal montre le cordon ombilical couvert de nodules contenant des masses caséeuses. Le foie, la rate, les reins et les poumons étaient nécrosés, présentant aussi des masses caséeuses. L'examen microscopique des fragments placentaires fait constater des lésions de tuberculose avec cellules géantes. La malade succomba de péritonite généralisée. Pas d'autopsie.

Pour l'auteur, c'était la tuberculose des trompes qui était l'agent étiologique de la grossesse ectopique, l'obstruction de la trompe ayant empêché l'ovule de progresser.

(D'après la trad. donnée par Gorowitz).

OBSERVATION LXVII

John B. Stober. *Grossesse ectopique. Tuberculose primitive des trompes* (Amer. Journ. of Obstetr., 1898, vol. 38).

Mme A. J..., âgée de 31 ans, mariée depuis huit ans. Père mort de tuberculose. La malade jouit d'une bonne santé jusqu'il y a quelques années, où elle commença à avoir des douleurs au moment des époques menstruelles. Pas de leucorrhée. Le dernier temps, douleur aiguë dans le bas-ventre, surtout localisée à gauche. Nausées, vomissements, un peu de tympanisme.

Pendant cinq semaines, quatre fois métrorrhagie durant deux ou trois jours. A ce moment exagération des symptômes. Perte de caillots dans les intervalles, écoulement d'eau tantôt clair-brunâtre, tantôt rouge et épais.

Examen. — Utérus augmenté de volume, en situation normale, immobile. Les deux trompes épaissies et adhérentes ; on n'arrive pas par le toucher à différencier la trompe gauche de l'ovaire, mais on sent une grande tumeur oblongue haut située, faisant corps avec la corne utérine. Congestion, aspect violacé des organes génitaux. La malade accuse des douleurs dans les seins. Elle se croit enceinte.

Diagnostic. — Grossesse ectopique.

Laparotomie, 19 mars 1893. — Une grande masse épiploïque adhérente à la paroi abdominale antérieure, au fond de l'utérus et à la vessie nécessitant un décollement très soigné.

La trompe et l'ovaire gauche forment une masse volumineuse adhérente partout. Entre l'ostium abdominal de la trompe et l'ovaire, on trouve une poche arrondie de 2 centimètres de diamètre, ayant une enveloppe qui semble se continuer avec l'ovaire et avec la surface de l'orifice tubaire. On soulève légèrement cette poche et au-dessous, dans le fond du bassin, on trouve un caillot sanguin récent. La poche elle-même contient un caillot sanguin demi-solide, en partie organisé, faisant l'impression d'une poche gravide. A droite, trompe et ovaire augmentés de volume.

Double salpingo-ovariotomie.

Drainage. Sutures.

Examen anatomo-pathologique de la pièce. — Le contenu de la poche présente un caillot organisé, pas de trace d'embryon. Cependant, sa position entre le pavillon et l'ovaire, son aspect microscopique, font penser à une grossesse tubo-ovarienne.

L'examen microscopique des trompes montre des lésions anciennes de tuberculose, cellules embryonnaires, cellules géantes, nombreux foyers de caséification. Tubercules miliaires dans la couche musculaire ; par places une dégénérescence calcaire,

tout près d'un foyer de tuberculose récente, montre bien qu'il s'agit là d'un processus aigu, greffé sur une tuberculose tubaire latente.

(D'après la traduct. donnée par Gorowitz).

OBSERVATION LXIII

Nassauer. *Collection tubaire évacuée par colpotomie, deux ans après une laparotomie pour tuberculose péritonéale au cours de laquelle on avait vu le bassin rempli par des adhérences viscérales, ces lésions ayant guéri après la première intervention.* (Münschener medicin. Wochenschrift, 1898, p. 582).

Femme de vingt-neuf ans ; mariée en juillet 1893 ; depuis douleurs abdominales. Jamais été malade avant.

Examen. — Rien au poumon ni au cœur.

Utérus en rétroflexion ; trompe gauche en forme de saucisse. Rien aux annexes droites.

Diagnostic. — Pyosalpinx gauche avec rétroflexion de l'utérus. Quelques mois plus tard, le ventre devient douloureux; il se forme un grand épanchement péritonéal.

Laparotomie. — 14 novembre 1893. Il s'écoule un liquide jaune citrin très abondant. Adhérences nombreuses entre l'utérus, la vessie et le rectum. Les intestins, le péritoine pariétal sont recouverts de tubercules miliaires.

La malade guérit ; deux ans après, état de santé bon. Utérus en rétroflexion ; la malade se plaint de la toux. Elle revient trois mois après et l'on constate derrière l'utérus une tumeur molle, fluctuante, remplissant la moitié gauche de la cavité pelvienne, tumeur sensible.

28 août 1895. — Colpotomie postérieure, la tumeur est rompue et il s'écoule un liquide séreux.

Des adhérences multiples persistent. On ramène l'utérus avec son péritoine et les anses intestinales pour constater l'état du

péritoine. Toutes ces parties, point de prédilection de la tuberculose péritonéale, sont explorées minutieusement ; il n'existe plus trace de tubercules, pas d'ascite.

On revoit la malade deux ans et demi après en parfait état de santé.

(D'après la traduction donnée par Gorowitz.)

OBSERVATION LXX

Jacobs. *Annexite tuberculeuse primitive unilatérale chez une femme ayant eu un phlegmon du ligament large puerpéral.* (Centralbl. f. Gynæk, 1893, p. 75.)

Femme de vingt-quatre ans, qui, en janvier 1892, eut à la suite d'une couche grave, une paramétrite purulente gauche. Le pus se fit jour par la paroi abdominale au-dessus du ligament de Fallope et il persista une fistule après la disparition des phénomènes aigus.

Au bout de peu de temps, la malade redevint enceinte et présenta au troisième mois les mêmes phénomènes de paramétrite qu'auparavant. L'exploration montra à ce moment un utérus augmenté de volume : les culs-de-sac vaginaux sont libres, sauf le gauche qui est induré. Une sonde, introduite dans la fistule se dirige en bas et un peu en arrière, et peut, à l'aide d'une forte pression exercée dans le cul-de-sac vaginal gauche être perçue vaguement.

Au septième mois de la grossesse, il s'écoula par la fistule une grande quantité de pus mêlé de matières fécales , la malade se mit à maigrir d'une façon progressive, faiblesse générale, facies terreux. Elle avorta ; dix-sept jours après, on constata que la fistule à orifice granuleux laissait toujours écouler du pus et des matières fécales, l'utérus volumineux est en voie de régression et indolent, le cul-de-sac vaginal droit est libre, le gauche rem-

pli par une tumeur dure, douloureuse, adhérente, qui s'étend jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure : une sonde introduite dans la fistule ne peut être sentie à travers le vagin. Le diagnostic de la nature de la tumeur ne peut être fait.

Laparotomie sur la ligne médiane. Après ouverture de la cavité abdominale, il fut impossible d'arriver sur la tumeur tant étaient fortes ses adhérences avec l'épiploon et l'intestin. Une deuxième incision latérale ayant en son milieu la fistule est faite à la paroi abdominale. Alors se présente une tumeur oblongue, globuleuse, à surface bosselée et adhérente par toute sa périphérie. La rupture de l'une de ces adhérences est suivie de l'écoulement d'une grande quantité de pus. Une fois la tumeur libérée, elle est amenée à l'extérieur, et l'on constate que sa partie inférieure est adhérente au pavillon de la trompe épaissie ; on a donc affaire à une pyo-ovaro-salpingite.

Après application de ligatures, la tumeur fut enlevée : la fistule fut incisée et cautérisée, toute la cavité bourrée à la gaze iodoformée et la paroi abdominale refermée. Il est à noter que les parois de la cavité qui contenait la tumeur étaient formées par la masse intestinale, et qu'une sonde introduite dans la fistule se perdit dans l'S iliaque. De l'eau introduite dans le rectum s'écoule par la fistule.

Par la première incision, on peut constater que les annexes du côté droit n'étaient point malades.

Les suites opératoires furent bonnes : la cavité se combla rapidement, et il ne reste plus aujourd'hui qu'une petite fistule par laquelle s'écoulent de temps en temps des matières fécales.

La tumeur, grosse comme une pomme, est irrégulière et bosselée. A la coupe on remarque plusieurs cavités de différentes grandeurs qui sont remplies de pus.

Le tissu de l'ovaire est parsemé de petits foyers tuberculeux ramollis.

Dans le pus, l'examen bactériologique montre un nombre relativement grand de bacilles de la tuberculose. L'examen micros-

copique de la tumeur montre sa nature tuberculeuse. La trompe n'a que de la salpingite interstitielle.

L'examen des poumons avant l'opération n'a montré aucun point de tuberculose. Les parents de la malade, ses frères et sœurs, son mari sont tous bien portants. Pour toutes ces raisons, il faut conclure qu'il s'agit d'une tuberculose primitive de l'ovaire.

L'opérée ne se rétablit pas ; elle maigrit de jour en jour et maintenant on trouve dans ses poumons des symptômes de tuberculose.

OBSERVATION LXX

Sippel. *Deux laparotomies à un an d'intervalle pour annexites tuberculeuses.* (Deutsch. medic. Wochenschr., 27 déc. 1894, p. 974).

Jeune fille de 20 ans, me consulte le 14 mai 1891, pour une affection abdominale. Enfant, elle avait été bien portante ; ensuite, elle eut de l'anémie.

Réglée à 17 ans, irrégulièrement, quelquefois interruption de trois mois, avec aussitôt après, sans aucune douleur, perte modérée de sang.

Depuis un an, douleur dans le ventre pendant les règles. Depuis trois mois, douleur fixe dans le côté droit de l'abdomen. Les parents sont morts tuberculeux, les frères et sœurs sont bien portants.

Pendant l'anesthésie on constate :

Vierge. Utérus petit, en position normale, mobile. De l'utérus sort une petite quantité de mucosités claires.

L'ovaire droit, prolabé, est bosselé et un peu augmenté de volume. Trompe du volume d'un crayon avec une petite nodosité ferme. L'épaississement de la trompe s'étend de l'ostium

utérin jusqu'à l'extrémité abdominale. La palpation détermine, même pendant la narcose, une manifestation de douleur, tandis qu'une pression assez forte sur les annexes du côté sain ne détermine aucune douleur.

Parametrium sain.

Diagnostic. — Salpingo-ovarite droite. Etiologie complètement obscure. On ne devait pas penser à la tuberculose. Tous les autres organes étaient sains.

Pendant huit semaines, on chercha par les bains, tamponnements, etc..., à obtenir une amélioration, mais la maladie s'aggrava. La malade ne pouvait plus rien manger, à cause de la douleur continuelle et violente. Elle maigrissait de plus en plus, et, pour calmer ses douleurs, on dut la piquer avec des doses de plus en plus fortes de morphine.

17 juillet. — *Laparotomie.* — Aussitôt le diagnostic s'éclaira. La trompe et l'ovaire étaient, sur toute leur surface, parsemées de granulations tuberculeuses, pas très nombreuses, mais caractéristiques. La muqueuse de la trompe était tuberculeuse dans toute son étendue; la paroi en était également modérément couverte ; la lumière était obstruée par une grande quantité de débris tuberculeux (dont l'examen histologique a été fait).

Autour de l'orifice tubaire du côté droit, le péritoine pelvien est couvert de granulations miliaires isolées. Au surplus, du côté gauche, le péritoine était absolument sain, de même que les annexes de ce côté. Bien qu'à mon avis, celles ci soient exposées plus tard à devenir malades, je ne pus me décider à enlever le côté sain et rendre ainsi cette malade stérile.

29 juillet. — La malade sort en pleine convalescence. Les règles reviennent à intervalles réguliers, sans douleur, et en quantité moyenne.

Cet état satisfaisant dure jusqu'au premier janvier. Alors, se forma, du côté gauche, une lésion semblable à celle qu'on avait constatée à droite.

29 février 1892. — *Seconde laparotomie.* — On enlève les

annexes gauches tuberculeuses. On avait fait auparavant un grattage de l'utérus, qui, encore maintenant, n'est pas augmenté de volume.

Les débris de muqueuse enlevés sont macroscopiquement normaux. L'examen histologique montra nettement des cellules tuberculeuses.

Il n'exista ni maintenant, ni auparavant aucune perte de sang, ni aucun écoulement pathologique de l'utérus. Il est intéressant de constater, qu'après la première opération, les granulations tuberculeuses du côté droit avaient disparu. Au lieu de cela, les environs de l'ostium de la trompe gauche en étaient couverts.

Le reste du péritoine était absolument sain. Un morceau d'ovaire fut laissé, afin de conserver la menstruation et d'empêcher l'influence atrophiante de la castration complète sur l'utérus.

La deuxième opération eut le même résultat favorable que la première. Les douleurs cessèrent, la malade est subjectivement et objectivement guérie. Elle satisfait sans peine aux exigences que comporte la vie d'une femme de son âge.

La cavité utérine fut soignée plus longtemps. Les règles après six semaines, sont revenues normales, avec un peu de douleur.

Il y a maintenant deux ans et demi depuis la dernière opération. La malade n'a jamais montré depuis aucune trace de tuberculose.

Voilà donc une jeune fille vierge dont l'utérus est malade. Il infecte d'abord la trompe droite ; celle-ci infecte directement ls péritoine, puis c'est la trompe gauche qui s'infecte et à son tour, le péritoine du côté gauche. Il s'agit donc ici d'un cas type de tuberculose ascendante. (D'après la trad. de Leuret).

OBSERVATION LXXI

Ch. Nélaton. *Abcès froid tuberculeux des annexes, ablation par la laparotomie, six ans après une première laparotomie exploratrice faite par M. Terrillon pour tuberculose péritonéale.* (Annales de gynécol., 1896. T. VII, page 124.)

Emilie S..., âgée de 22 ans, entrée le 11 mai 1896.

Bien portante jusqu'à l'âge de 12 ans, où apparaissent les premières douleurs dans le ventre. Celui-ci grossit rapidement, sans douleurs fortes ni localisées.

La malade reste alitée pendant cinq mois et, au bout de ce temps, l'abdomen ayant repris son volume normal, la guérison semble être complète.

A l'âge de 15 ans, au moment de l'établissement des premières règles et après trois ans de guérison apparente, mêmes phénomènes semblables à ceux de la première atteinte.

A ce moment elle se présente dans le service de M. Terrillon en 1890 ; on lui fait une laparotomie.

La malade guérit rapidement et depuis elle n'a jamais vu l'abdomen augmenter de volume comme autrefois. Elle ressent cependant encore de vagues douleurs et de la pesenteur au niveau de l'abdomen. Elle entre dans le service de M. Nélaton le 11 mai 1896.

A son entrée, le ventre est souple et normal ; on voit la cicatrice de la première opération. Au toucher, l'utérus, en rétroversion légère, est enclavé entre deux masses volumineuses et indurées, occupant les culs-de-sac et répondant selon toute probabilité à des annexes malades, kystiques et adhérentes.

Laparotomie le 15 mai. — A l'ouverture du péritoine celui-ci présente un aspect absolument normal ; les intestins sont lisses, refoulés vers le diaphagme et, pour découvrir la cavité pel-

vienne, il faut dégager par pressions douces l'intestin adhérant, par un tissu cellulaire lâche, lamelleux, à la paroi et aux organes de l'excavation.

Les annexes se présentent alors sous l'aspect de deux corps du volume d'un gros œuf d'oie, ellipsoïdaux et réunis aux cornes utérines en forme d'S. Ligature du pédicule et résection. La malade sort guérie trois semaines après l'opération.

Les pièces enlevées constituent deux masses sensiblement égales du volume d'un œuf d'oie. L'une d'elles, la droite, ouverte accidentellement, laisse échapper un liquide purulent rappelant le pus des abcès froids et vraisemblablement de nature tuberculeuse. Ces masses étaient constituées par la trompe dilatée tenant à l'utérus par son extrémité flexueuse et par l'ovaire ; trompe et ovaire étant d'ailleurs enveloppés d'une sorte de gangue, plus adhérente en certains endroits et ménageant des poches pleines de liquide, sur la paroi desquelles on distinguait très nettement des granulations, représentant en un mot les dernières traces de la péritonite tuberculeuse qui avait nécessité l'opération de M. Terrillon en 1890.

L'examen bactériologique du pus contenu dans les trompes est positif au point de vue du bacille de Koch.

La coupe des trompes montre un tissu fibreux infiltré d'éléments embryonnaires, au milieu desquels l'on trouve un grand nombre de cellules géantes. L'on voit aussi par place des îlots de caséification. Le processus inflammatoire a aussi envahi le parenchyme de l'ovaire, où l'on retrouve des lésions classiques de l'inflammation tuberculeuses.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ne sont indiqués que les travaux fondamentaux, surtout les travaux récents. Pour les détails, se reporter directement aux indications bibliographiques des ouvrages classiques, dans Brouardel, Vermeil, Verchère, Hégar, Kelly, Gorowitz, Leuret, Wolff, Cullen, Hartz, etc.; consulter également dans l'*Index Americus*, l'article « Trompe » et l'article « Ovaire » où sont classées de nombreuses références se rapportant à des travaux de tous pays.

Acconci. — Ueber tub. ovar. Centralbl. f. allg. Path. und path. An. Bd 5.1894. S. 629.

Ahlefelder. — Ueber Klin. und anal. Deitr. zur Genitaltub. der Weiber Monat. f. Geb. und Gynœk. Berl., 1902, XVI, 296-317.

Ahrt. — Ueber zwei Fall. v. Tub. der Weibl. Genital. Inaug. Dissert. Gottingen, 1880.

Agnet. — De la recherche du bac. de la tub. dans les produits autres que ceux de l'expectoration. Th. Paris, 1884.

Aldibert. — De la lapar. dans le périt. tub. Th. Paris, 1892.

Alterthum. — Tub. der Tuben und des Beckenbauchfells. Beitr. z. Geburlhs und Gynœkol., 1898. Bd. I. H. 1.

Amann. — Tub. génit. de la femme. Rapport. Congrès Rome, 1702. Trad. Rev. Gynéc., déc. 1902.

Archambault. — Tub. prim. des org. gén. de la femme. Gaz. de Gynèc. Paris, 1902, XVII, 200-221.

Baumgarten. — Tin Fall von Cystom. Ovarii mit Tub ent. der Cysten. Wischows Arch. Bd 97, p. II, 1884.

Baud. — Péritonite d'origine annexielle. Traitement par lap. vag. Th. Lyon 1903-1904, nº 112.

Beauvignon. — Salp. tub. Th. Nancy, 1897-1898, n° 1.

Bouilly. — De l'ascite des jeunes filles. Sem. Gynéc., 1896.

Brouardel. — Tub. des org. gén. de la femme. Th. Paris, 1865.

Bulins. — Zur Diagn. der Tub. und Peut. Tub. Verhandl. d. Dertlich Gynœk Gesselch, 1897.

Bumm. — Ueber die Keil. n. dem. Bauch. b. Bac. Banchsfells' tub. Verhandl. d. Deutsch Gynœk-Gesselch, 1893.

Bœhmann. — Ueber tub. d. Tub. n. einf. v. prim. Salp. tub. Inaug. Dissert. Würtzburg, 1901.

Byford. — Tub. pyosalp. Ann. Gynœk. Obstet., 1898, X, ü 335.

Bernheim. — Tub. prim. des org. gén. de la femme. Ann. de Gyn. et Obst. Paris 1900, LXIV, 408-410 et Tub. des org. gén. de la femme. Congrès de Gynéc., 1900, CR, p. 326-328.

Cazeneuve. — La tub. des annexes. Th. Montpellier, 1900-1901, n° 33.

Clément. — Sérod. dans les tubercul. chirurg. Th. Lyon, 1900-1901, n° 12.

Cullen. — Tuberc. of the pelv. org. in the female. Canada Lauret, 1903.

Cornil. — Anat. pathol. des métrites. Journ. des Conn. Méd., 1889, p. 78.

Cornil et Dobroklonsky. — Tuberculose génitale. Congr. p. l'ét. de la Tub., 1889.

Cutts. — Tubercul. of Tube ovar. and Peich West M. Rew. Lincol 1901, VI, 241-244.

Crofford. — My exp. w. tub. peich. The Amer. Journ. of Obst., 1894, 29, p. 465.

Curt Jani. — Ueber d. work. v. Tub. bac. im Ges. genit App. bei Luirgens. Wirch. Arch., 1886, Bd LIII, S. 522.

Dalché. — De l'ovarite. Th. Paris, 1805.

Daclin. — De la lap. vag. dans le tr. de la pér. tub. à f. pelv. Th. Lyon, 1896-1897, n° 49.

Derville. — De l'inf. tub. par la voie gén. chez la f. Th. Paris, 1887.

Delagénière. — Appendic. et ann. tub. Congrès Méd. XIII. Sect. Gynéc. 1900, et Congr. franç. de chir., 1897.

Deusse. — Ueber tub. Ukr. d. Weib. genit. Wien. medic. Cl. 1887, n° 50.

Dobroklonsky. — La tub. peut-elle pénétrer dans l'org. p. les org. sex.? Rev. de la Tub., 1894.

Dutilleul. — Ess. sur l'an., la phys. et la path. des trompes utér. Th. Lille, 1887-1888, n° 55.

Devaux. — Tub. génitale de la femme. Th. Paris, 1902-1903, n° 3.

Edmunds. — Spec. of tub. dis. of ovar. Transact of the path. Soc. Lond., 1889.

Ehrendorfer. — Tub. ovarcyst. Wien. Klin. Wochensch., 1896, n° 15.

Elsæsser. — Tab. ein f. von tub. ovar. Inaug, Dissert Tubingen, 1902, n° 4.

Fernet. — Infection tuberc. par la voie génit. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp., 1804.

Faure. — Tub. génit. de la femme. Rapport. Congrès de Rome, 1902. Rev. de fyn. Dei 1902.

Fulconis. — Tub. géni. chez l'enf. Th. Bordeaux, 1903-04, n° 42.

Fernandez. — Tub. des org. gén. de la femme. Th. Paris, 1898-99, n° 172.

Franck. — Ueber Genitaltub. Monat. f Geburts ùnd Gynœk 1899. Bdx. S. 629.

Gatti. — Ueber die fein. hist vor b. der Rùch d. Bauchsfells-tub. nach enif Bauchñ, Arch. f. klin chir. Bd LIII.

Grusdew. — Tuberk Eierstock. od. eing. Bauch. ens. Monat f. Geburtz und Gynœk, 1903, Berl. XII.

Gehle. — Tuber d. prim. tub. d. weibl genit. Inaug Diss. Heidelberg, 1881.

Gorowitz. — Tuberc. génit. de la femme. Th. Paris, 1899-1900, n° 629.

Guillemain. — Tub. de l'ovaire. Rev. de chir. 1894.

Hartz. — Genitaltub des Weibes. Monatschz f. Geburts u. Gynœk, sep. 1902.

Heiberg. — Die prim tub. des M. ùnd des W. Int Beitz z Wissench. medic. 1891, Bd II.

Hegar. — Die genitaltub. des Weibes. In 8. Stuttg. 1886 et Tub. der tub. u. d. Beckensbauchfells Deutsch. med. Wochen, 4 nov. 1897.

Hartz. — Ueber die Tub. der Weibl. Genitalorg. Inaug. Diss. Berlin, 1902, XVI, 335-370.

Haagen. — Zur Genitaltub. des Weibes. Inaug. Diss. Freiburg, 1900.

Hoffmeier. — Handb. der Krankh. den Weibl. Geschlechtorg, 1897,

Jaeckh. — Ueber den bac. geh. d. Geschlechtorg. in der sperma tub. ind. Wirch. ann. Bd 142.

Joly. — Tuberc. primit. des annexes. Th. Paris, 1897-98, n° 644.

Kelly. — Tuberculosis of the fallopian tubes and. ovar. tum. Johns-Hopk. hosp. Rep. 1890. vol. II' p. 201.

Kaus. — Tub. des append. und der reich. Adn. Monat. f. Geburt und Gynœk. Berl. 1902, XV, 159-166.

Kides. — Die Krank. d. Ovar. (Bill. und Lu). Hand. den Frauenskr. Bd. II, S. 732.

Knaner. — Beitr. z. path. anat. d. tubentuberk. Arch. f. Gynœk. 1899, Bd. LVII. H. 53.

Kundrat. — Zur tub. der tub. und der Uterusmucosa. Arch. f. Gynœk. Berlin, 1901, LXV, 75-96.

Landouzy et Martin. — Faits clin. et expér. pour servir à l'étude de l'hér. de la tub. Rev. de Méd. 1883, p. 1004.

Le Dentu. — Tuberc. génit. de la femme. Sem. Gynéc. Paris, 1900.5. 57-58 et Traité de chir. clin. et opér. T. X, fasc. 2, 65-66.

Lauwers. — Salp. tub. et périt. Bull. de la Soc. Belge de f. et obst. 1899. 3 et 4.

Leuret. — Périton. tuberc. et tub. génit. de la femme. Th. Paris, 03-04, n° 233.

Martin. — Tub. génitale de la femme. Rapport Congrès de Rome, 1902, tr. Rev. de Lyon. Déc. 1902.

Mathieu. — Péri-annexite tuberculeuse. Th. Paris 1899-00, n° 392.

Massia (de). — Salp. ovar. tubercul Th. Paris, 94-95, n° 369.

Micheleau. — De l'hyperchl. dans la sympt. des aff. tub. Th. Bordeaux, 1898-99, n° 105.

Munaret. — Tub. prim. des ovaires. Th. Lyon, 98-99, n° 97.

Menne. — Zur Kasuist. d. Tub. d. Weib. Sexualorg. bei Virg. Inaug. Diss. Greifswald, 1902.

Mosler. — Die Tuberc. des Weibl. genit. In. Diss. Breslau, 1883.

Nassauer. — Heil. ein. warch. tub. salp. d. atr. gefæss. Centrabl. f. gynœk. Leipzig, 1900, 24. 1353-54.

Ojemann. — Ein fall von prim. Tubentub. Inaug. Diss. Tubingen, 1897.

Oppenheim. — Zur Kentn. d. urogenitaltub. Inaug. Diss Gœttin gen, 1897.

Pozzi. — Traité de gynécologie. 2e édition 1903. Paris, p. 520.

Penrose et Beya. — Tuberculosis of Fallop. tub. Americ. Journ. of the med., nov. 1894.

Popoff. — De la tub. des voies génit. de la femme. Dissert. inaug. Saint-Pétersbourg, 1898.

Pichevin. — La tubercul. primitive des trompes. Sem. gynéc. Paris 1902, VI, 358.

Pillet et Quinton. — Salpingite tub. unilat. Progrès méd. Paris 1893, 145-147.

Polano. — Clin. und anat. Beitr. z. Weibl genital tub. Zeitschr. f. Gebür. und gynœk. Stuttgart 1900, t. XLIV, 85-104.

Rosthorn. — Tuberc. der Weib. Geschle. org. üud des Bauch. kl. lehrb. des gynæk (von Küstner). Yena 1901, 365. 336. III ab.

Reynier. — Salp. tuberc. B. et M. soc. de chir. Paris 1891. CR., p. 332.

Riche. — De la salpingite tubercul. Gaz. des hôpit. Paris 1893. 501-510.

Saenger. — Tuberc. cystom. ovar. C. tub. u. Bauch. tub. Centrabl. f. Gynœk. 1890, p. 522.

Saulmann. — Endométr. u. salp. tuberc. compl. m. Gon. Centralbl. f. Gynœk. 1892, 427.

Sarkisiau. — Salp. tuberc. Mém. et Bull. Soc. An. Paris 1902. Ch. XVI, p. 486-487.

Schütte. — Ueber Genit. tub. d. Weib. Inaug Diss. Munich. 1902, nº 28.

Sippel. — Bemerk z. tub. der Weibl genit. u. d. Bauch. Deut. med. Wochensch. Leipzig 1901. 27-33-36.

Stolper. — Unters. üeber der tub. d. Weib. Geschl. org. anat. path. u. diagn. Monat f. geburts und Gynœk. Berlin 1900. XI. 341-381.

Schnett. — Reine bac. Erkrank. epithel. bed. flech b. prim tub. d. app. Inaug. Dissert. Kiel 1889.

Schenk. — Tub. d. Aüsseren weib genit. Beitr. z. Klin. Chir. Brünschweig 1896. 526.

Senn. — Tuberculosis of the génito-urin. org. Diss. Chicago, 1897.

Spano. — Recherches bact. sur le sperme des tub. Rev. de la tub., 1893, p. 322.

Solles. — Transmission de la tub. au cobaye par inoc. de sperme de phtisique. Journ. de Méd. de Bordeaux, 1892, p. 52.

Spaeth. — Ueber die tub. des weibl. genitalien. Inaug. Diss. Strassburg, 1886.

Terrillon. — Salping. tuberc. Bull. méd. de Paris, 1889, p. 867-869, et Congr. de chir., 1889, CR, p. 113-117.

Thorne. — Zur Genittub des weib u zur Frage d. Int. Uebertragberk der Tub. Inaug Diss. Berlin, 1894.

Uhland. — Zur Kentn. der Genitaltub. des Weibes. Inaug. Diss. Tubingen, 1886.

Verneuil. — Hyp. sur l'organis. de certaines tub. gén. dans les deux sexes. Gaz. hebd., 1803.

Vermeil. — Des lésions des org. génit. chez les tuberculeux. Th. Paris, 1880.

Verchère. — Les portes d'entrée de la tuberculose. Th. Paris, 1883.

Voinot. — Ess. sur l'épith. de la trompe de Fallope. Th. Nancy, 1899-1900, n° 27.

Vaugien. — La tub. gén. prim. Son diagn. précoce. Th. Toulouse, 1898-1899, n° 294.

Veit. — Tuberculose génitale de la femme. Rapport Congrès de Rome, 1902. Trad. Rev. de Gynéc. Déc. 1902.

Williams. — Tuberculosis of the female Genital. org. Johns Hopk. Hosp. Rep., 1892, vol. III, n° 1, 2, 3.

Wiehland. — Beitr. z. Diagn. d. Genital des Weibes. Inaug. Diss. Freiburg, 1894.

Winckel. — Lehrbuch der Frauenkrank. Leipzig, 1890.

Westermayer. — Beitr. z. lehre v. d. Veserb. d. Tub. Inaug. Diss. Erlangen, 1894.

Wohl. — Beitr. z. Kentn. d. Tub. d. Weibl. Genit. Inaug. Diss. Breslau, 1900.

Woskresensky. — Matér. pour l'étude de la tub. chron. de l'ovaire. Diss. Moscou, 1902.

Wolff. — Tubentuberkulose. Monatsch. f. Geburts u. Gynœk., 1897, t. VI, p. 497.

Zogha. — Lymph. péri-uter. et path. des salpingo ovarites. Th. Montpellier, 1902-1903, n° 9.

Vu : le Président de la thèse,
POIRIER

Vu le Doyen :
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

TABLE

Introduction 5
Étiologie 10
Pathogénie 27
Anatomie pathologique 46
Symptômes 58
Diagnostic 70
Traitement 78
Conclusions 86
Observations. 96
Bibliographie 185

Mayenne, Imprimerie Ch. COLIN.